UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2013-2014

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Paul-Émile COURTAULT

le 04 octobre 2013

LE MÉDECIN LIBÉRAL EN CESSATION D'ACTIVITÉ

Étude juridique et Déontologique

Examinateurs de la thèse :

M. Henry COUDANE	Professeur et Président
M. Jean-Marc BOIVIN	Professeur
M. Laurent MARTRILLE	Maître de Conférences
M. Patrick PETON	Docteur en médecine et Directeur de Mémoire
M. Bruno PY	Professeur et Directeur de Thèse

PROFESSEURS

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs :

- 1er Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- 2ème Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3ème Cycle : « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES
Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES
Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES
Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON

- Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : (Anatomie)
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : (Cytologie et histologie)
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : (Physiologie)
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : (Biologie Cellulaire)
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : (Nutrition)
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : (Parasitologie et Mycologie)
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : (Médecine et santé au travail)
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)
Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : (Immunologie)
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : (Génétique)
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL
49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : (Neurologie)
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD
2ème sous-section : (Neurochirurgie)
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : (Rhumatologie)
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : (Cardiologie)
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : (Néphrologie)
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : (Urologie)
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : (Chirurgie générale)
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : (Pédiatrie)
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : (Chirurgie infantile)
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : (Ophtalmologie)
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : (Anatomie)
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : (Cytologie et histologie)
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : (Physiologie)
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : (Biologie Cellulaire)
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
3ème sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section (Médecine légale et droit de la santé)
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : (Génétique)
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : (Rhumatologie)
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)
Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)
Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Au Président,

Monsieur le Professeur Henry Coudane,

Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy,

Professeur de médecine légale,

Officier de l'Ordre des Palmes Académiques,

Officier de l'Ordre National du Mérite,

Chevalier de l'Ordre National de la Légion d'Honneur,

L'honneur de votre présence résonne en moi,

Soyez assuré de ma reconnaissance.

À Monsieur Jean-Marc BOIVIN,
Professeur des Universités de Médecine Générale,
Vous compter parmi ce jury est un privilège,
Soyez assuré de ma considération.

À Monsieur Laurent MARTRILLE,
Maître de Conférences des Universitaires,
Praticien Hospitalier,
Je vous remercie d'accepter de juger ce travail,
Recevez ici le témoignage de ma gratitude.

À Monsieur Patrick PETON,
Praticien Hospitalier,
Directeur de Mémoire,
Votre présence au sein de ce jury est forte de sens pour moi,
Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

À Monsieur Bruno PY
Professeur de Droit privé et Sciences Criminelles,
Université de Lorraine,
Directeur de Thèse,
Ce remerciement transcende la couverture de cette thèse,
Soyez assuré de mon sentiment de redevabilité.

À l'Ordre

Départemental des Médecins,

de Meurthe-et-Moselle,

Je vous remercie pour votre disponibilité,

votre accueil, votre écoute, vos conseils, votre soutien,

au delà même de cette thèse,

trouvez en cette page

un gage de ma reconnaissance.

"*Ces choses qui n'existent jamais tant que le manque qu'elles ont laissé*"

C'est pas d'l'amour

Jean-Jacques Goldman,1990

Ou qu'elles laisseraient...

À Julie LEONHARD,

Maître de Conférences de Droit Privé, Université Lille 2

Parce que tu sais que je n'oublierai jamais tout ce que tu as fait pour cette thèse,

Merci.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

PRINCIPALES ABREVIATIONS

ACFM	Association Confédérale pour la Formation Médicale
AFFM	Association Fédérale pour la formation médicale
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
Al.	Alinéa
AN	Assemblée Nationale
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARS	Agence Régionale de Santé
Art.	Articles
C. civ.	Code civil
C. pén.	Code pénal
C. pr. pén.	Code de procédure pénale
C. santé publ.	Code de la santé publique
CA	Cour d'appel
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
Cass.	Cour de cassation
Cass. Ass. Plén.	Arrêt de l'Assemblée plénière de la Cour de cassation
Cass. crim.	Arrêt de la chambre criminelle de la Cour de cassation
CC	Conseil constitutionnel
CE	Arrêt du Conseil d'Etat
Cf.	Confer
Ch.	Chambre
Ch. corr.	Chambre correctionnelle
Chron.	Chronique
Circ. min.	Circulaire ministérielle
CNAJAP	Centre National de gestion de l'Allocation Journalière d'Accompagnement d'une Personne en fin de vie.
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNFMC	Conseil National de la Formation Médicale Continue
Coll.	Collection
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRDS	Contribution à la Réduction de la Dette Sociale
CRFMC	Conseil Régional de Formation Médicale Continue
CSG	Contribution Sociale Généralisée
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
CSS	Code de la Sécurité Sociale
Doctr.	Doctrine
Dr. Pén.	Droit pénal
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Ed.	Edition(s)
Ex.	Exemple
EPP	Évaluation des pratiques profesionnelles
FAF	Fond d'Assurance Formation
FMC	Formation Médicale Continue
FMF	Fédérations des Médecins de France
FPC	Formation Professionnelle Conventionnelle

HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MST	Maladies sexuellement transmissibles
P.	Page
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PSS	Plancher de sécurité sociale
OGC	Organisme Gestionnaire Conventionnel
PAMC	Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés
QCM	Questions à choix multiples
rapp.	Rapport
RCP	Résumé des caractéristiques du Produit
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée
SFMG	Société Française de Médecine Générale
SIDA	Syndrome immuno-déficience acquise
SML	Syndicat de la Médecine Libérale
SNEMG	Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale
TGI	Tribunal de grande instance
UCCSF	Union Collégiale des Chirurgiens et de Spécialistes Français
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URSSAF	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
Vol.	Volume

SOMMAIRE

INTRODUCTION 17
1ère Partie : Interruption temporaire 25
Titre 1 : Interruption Temporaire et Volontaire 27
Chapitre 1 : Obligation de continuité des soins 28
Chapitre 2 : Congés simples 32
Chapitre 3 : Congés de maternité 37
Chapitre 4 : Congés de formation 44
Chapitre 5 : Congés de solidarité familiale 50
Titre 2 : Interruption Temporaire et Involontaire 54
Chapitre 1 : Maladie "Aigue" / Incapacité Temporaire Totale 56
Chapitre 2 : Grossesse pathologique 64
Chapitre 3 : Agression / Accident causé par un tiers 66
Chapitre 4 : Stress et Burn-Out 71
Chapitre 5 : AT/MP et consolidation 77
Chapitre 6 : Suspension temporaire de droit d'exercer 79
Chapitre 7 : Prison 92
Chapitre 8 : Faillite 97
Chapitre 9 : Conditions exceptionnelles et Catastrophes naturelles 108
2ème Partie : Interruption définitive 112
Titre 1 : Interruption Définitive et Volontaire 113
Chapitre 1 : Cessation simple 114
Chapitre 2 : Retraite 121
Titre 2 : Interruption Définitive et Involontaire 131
Chapitre 1 : Invalidité 132
Chapitre 2 : Décès 140
CONCLUSION 146

INTRODUCTION

1. **On est pas obligé d'en crever**. A l'aube de sa nouvelle profession, peut être même avant, un jeune médecin, animé par le serment qu'il vient de prononcer, doit avoir conscience que sa condition n'est pas définitive. Selon Irvin D. Yalom *: "On ne sait jamais comment terminer les choses. Et pour cause, ça n'arrive qu'une fois. Aucun mode d'emploi n'a jamais été écrit là-dessus... alors il faut improviser*"[1]. Mais ne pouvons nous pas nous inspirer de ce qui a déjà été fait ? Pourquoi les erreurs des autres ne pourraient elles pas nous servir d'expérience par procuration ? Et, *a contrario*, pourquoi ne pas s'inspirer d'une fin réussie ? Car "*qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n 'est pas, non plus, obligé d'en crever*"[2].

2. **Quoi de neuf docteur ?** Les mœurs changent. Quand certains médecins déclaraient : " *Moi, j'avais un boulot de dingue. Je n'avais pas de vacances ; je n'en ai pas pris pendant 10 ans. Ce n'est pas le métier que j'ai abandonné, ce sont les conditions d'exercice du métier. Ce qui a favorisé l'accès aux soins crée aujourd'hui le décrochage des soignants."*[3]. Aujourd'hui, l'activité médicale tend à la pluridisciplinarité et l'exercice de groupe, avec la bien nommée "Maison de Santé", tant discutée ces derniers temps, et les "cabinets de groupe". Si ces derniers ont su démontrer le bénéfice pour une meilleure prise en charge des patients, en réponse aux déserts médicaux, ils demeurent aussi une solution à la solitude médicale. Car, nous le savons, ou dans le cas contraire, tendons une oreille curieuse vers les salles d'attente des cabinets médicaux, le médecin d'hier et celui de demain se différencient sur la part de vie privée qu'ils sont prêts à sacrifier pour leur profession. Force

[1] Apprendre à mourir. Irvin D. Yalom, Galaade Editions, 2005., p. 163.
[2] La maladie de Sachs. Martin Winckler, Jai Lu Editions, 1998, p.622.
[3] Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 2 Olivier Blandin - Marie-Hélène Cabé n° 77 – mars 2008, p.27

est de constater que les comportements des médecins, quant à leur activité et principalement leur cessation, évoluent. "*L'activité libérale n'est plus attractive, pour les femmes comme pour les hommes. L'augmentation du nombre de médecins remplaçants est le reflet d'une tentative d'évitement de l'installation en secteur libéral. En 20 ans les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits à l'Ordre ont augmenté de 523%. Entre le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2009 la hausse a été de 5,5%. En 2008 le cap de 10 000 remplaçants a été atteint. Certains choisissent ce mode d'exercice avant de franchir le pas de l'installation... Les médecins ne souhaitent plus exercer isolément. D'une part, ils souhaitent pouvoir bénéficier d'un avis collégial sur les situations les plus complexes et s'inscrire collectivement dans une démarche permanente d'évaluation des pratiques professionnelles. D'autre part, ils souhaitent partager les contraintes de la continuité et de la permanence des soins. Enfin, ils souhaitent mutualiser les coûts de leur installation*."[4]

3. **Vous avez dit "médecin" ?** Parce qu'il n'existe aucune définition universelle acceptée pour définir ce qu'est un médecin, nous l'entendrons comme l'être qui pratique l'art médical en toute légalité[5]. Alors restreignons nous car il semble difficile de comparer l'activité de tous les médecins, et principalement de leur cessation d'activité. Car si l'auteur devait considérer dans son étude l'ensemble des médecins, il se confronterait à la première dichotomie des types d'activités, en ne différenciant pas l'activité libérale et l'activité salariale. Ainsi, nous n'étudierons pas les cessations d'activité des médecins salariés dont l'activité est régie par les code du travail pour le secteur privé. Nous écarterons aussi de l'étude les établissements publics et les médecins hospitaliers. Bien que leur statut dans la fonction

[4] Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Mission confiée au Dr M. Legmann. Président du CNOM. Avril 2010, p.6.

[5] C. Santé publique, art L4161-1. Un médecin satisfait à l'exigence d'une compétence juridique par : Une inscription à l'Ordre, un diplôme de docteur en médecine et des conditions de nationalité.

publique n'interdit pas la possibilité d'une activité partielle libérale[6], ces derniers y sont fortement conviés : "*La réforme Debré de 1958 a eu pour effet de délimiter deux secteurs séparés par une frontière relativement étanche : le secteur hospitalier et le secteur libéral. L'évolution a été orientée au cours des deux dernières décennies vers un salariat à temps plein dans les hôpitaux au détriment du salariat à temps partiel qui permettait à certains médecins libéraux de cumuler un exercice libéral et un exercice hospitalier. La mission préconise que cette dichotomie entre médecins libéraux et hospitaliers soit progressivement réduite. Dans cet objectif, il serait souhaitable d'augmenter le nombre de praticiens hospitaliers à temps partiel et de valoriser le statut des médecins attachés pour le rendre réellement attractif pour les médecins libéraux.*"[7]. C'est pourquoi par extension, le terme "médecin", tout au long du présent travail, qualifie un médecin au sein de son activité libérale. Cette dernière peut aussi concerner les médecins militaires, qui se sont libéralisés, et donc détachés du droit militaire qui ne font pas l'objet d'une étude ici.

4. **La branche qui le branche.** Quel que soit son style d'activité, un médecin se qualifie aussi par la spécialité qu'il a choisi. Pour la conscience collective, il existe deux types de médecins, le spécialiste et le généraliste. Mais le lecteur avisé sait que cette classification ne vaut plus depuis le 19 mars 2004, date du décret n°2004-252[8] relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste, et l'arrêté du 6 avril 2007[9] modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins. C'est pourquoi l'auteur utilise le terme "médecin" au sens large, sans distinction de spécialisation, du moment que cette dernière lui permette la réalisation d'une activité libérale.

[6] Code de la Santé publique, article L1162-14-1, L1111-3, L1233-2, L1234-3, L1242-2, Articles L6154-1 à L6154-7, Articles R1112-21 et suivants, R6145-25, R6154-1 à R6154-10, Articles D6154-10-1 à D6154-10-3, D6154-15 et suivants ; Code de la Sécurité sociale, article 162-26.

[7] Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Mission confiée au Dr M. Legmann. Président du CNOM. Avril 2010, p. 19.

[8] JORF n°69, 21/03/2004, p.5508

[9] JORF n°91, 18/04/2007, p.6960

5. **Ne soyons pas si sectaire.** Bien ancré dans notre domaine d'activité libérale, et au delà des considérations sur la tarification libre ou non du médecin concerné par l'étude, il demeure de réelles différences entre les secteurs du domaine médical libéral. Ces dernières pourraient porter atteinte au bon développement du sujet. Pour ne prendre qu'un seul exemple concret, qu'il s'agisse d'un médecin du secteur 2 (à honoraires libres) ou du secteur 3 (hors convention) le calcul des charges est totalement différent[10]. C'est pourquoi l'auteur, pour les démonstrations à venir, considère comme base unique l'étude du médecin libéral conventionné, secteur 1, car ce dernier est le plus représentatif de la profession libérale.

6. **Libéral ? Le pourquoi du comment ?** Le but, pour l'auteur, est de donner au lecteur les éléments essentiels à une bonne pratique pour la cessation de son activité, lui donner les éléments clé afin d'ouvrir les bons verrous, de pousser les bonnes portes, dans un but de dédramatisation car : "*le désenchantement actuel de tous les médecins libéraux, et l'image négative trop souvent véhiculée par les médias sèment le doute dans l'opinion publique et inquiètent les jeunes, candidats et étudiants. L'inquiétude des élus locaux, préoccupés par les déserts médicaux qui s'annoncent, les conduit à rechercher des solutions parfois inadaptées et inefficaces à un problème qui est réel. Le vieillissement de la population, joint à la baisse des effectifs médicaux dans les 10 prochaines années, ne peut qu'accentuer les tensions. Ces différentes raisons justifient la mise en place de réformes audacieuses, auxquelles tous les acteurs de la politique de santé doivent contribuer, qu'il s'agisse des médecins eux mêmes, de leur représentation ordinale, des organismes d'assurance maladie, de l'Etat et de ses opérateurs en régions, les agences régionales de*

[10] Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialiste ; "*Médecin secteur 1 : 0,11% du revenu, une partie de la cotisation d'assurance maladie est prise en charge par la CPAM à hauteur de 9,70% ... Médecin Secteur 2 : 9,81% du revenu*" http://www.urssaf.fr/profil

santé. Redonner l'envie de l'exercice libéral aux jeunes générations est un défi qu'ensemble, avec des solutions modernes, nous pouvons relever."[11]

7. **Comment y parvenir ?** Le principal travail de toute bonne étude, et de trouver le moyen le plus clair et le plus efficace d'ordonner ses idées. Il convient ici d'élaborer la meilleure stratégie d'exposition et de classification. Mais comment y parvenir dans ce domaine si large ? La cessation d'activité d'un médecin libéral ne peut elle pas vêtir trop de formes différentes ? Le champ d'étude n'est il pas trop étendu ? Et si le champ était trop étendu, Van Gogh aurait il peint ses meules de foin[12] ? Ainsi, l'auteur prend conscience que l'exhaustivité ne peut être de mise dans son travail, et il revient au lecteur de dégrader la palette à l'infini, car "*c'est l'imagination qui donne au tableau espace et profondeur*"[13].

8. **L'impensable.** Il est écarté par définition, une classification des cessations selon le type d'activité. En effet, reprenant les paragraphes ci-dessus, l'auteur ne peut sortir de sa propre délimitation, celle qu'il s'impose par simplification de faits, et il considère le médecin libéral, conventionné, secteur 1 comme base d'étude. Cette réflexion n'a donc pas lieu d'être.

9. **Vertige des grandeurs**. C'est lors du premier *brainstorming*, que les notions principales apparaissent. La première problématique soulevée, qui semblait la plus évidente était qu'un médecin libéral qui cesse son activité, le fait de façon volontaire ou non, une contrainte ou une décision simple, de son plein gré, de s'arrêter. Mais comment quantifier la volonté ? Car cette notion s'oppose, forcément, à celle de la désirabilité. En clair, un médecin peut vouloir s'arrêter pour une cause qui n'est pas désirée. Par exemple, dans un contexte de

[11] Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Mission confiée au Dr M. Legmann. Président du CNOM. Avril 2010, conclusion.
[12] Meules de foin en Provence. Arles, 1888. Van Gogh.
[13] Henri Matisse (1869-1954)

maladie, un médecin touché par un cancer peut décider, de son plein gré, de stopper son activité, alors qu'il n'a pas "voulu" cette pathologie, et même si son état de santé lui aurait permis de continuer. En se confrontant aux notions de "désirabilité" et de "contrainte", la scission "volontaire/ involontaire", pour la classification des principales causes de cessation d'activité, rend trop instable la base l'exposé. C'est pourquoi l'auteur ne l'a pas choisi en première division. Mais il semble évident que cet ordonnancement d'idées doit faire apparaître le caractère volontaire ou non de la dite cessation, au sens qualitatif plutôt que quantitatif.

10. **Tout ou rien.** Afin de percevoir au mieux les éléments à étudier, l'auteur s'interroge sur le caractère "total" de ces notions. Bien que la "volonté" soit écartée en division première de la classification, il apparait une possibilité de thésaurus basée sur les aspects "partiel" et "total" (ou complet) d'une cessation d'activité libérale. En essayant d'entrevoir ce à quoi cette division aboutirait, il semble difficile de réaliser une telle scission. Par exemple, comment qualifier le caractère "intégral" d'un arrêt d'activité lors d'une retraite, qui peut s'associer d'un exercice partiel, et le mettre en opposition à un ralentissement des fonctions lors d'un devoir d'enseignement du praticien qui accueille un étudiant. Bien perdu dans l'ensemble de ces notions, il est vite décidé d'abandonner cette piste comme base de cette classification.

11. **Une évidence.** L'auteur comprend qu'il lui sera impossible de réaliser un ordonnancement net pour ce sujet si contrasté. C'est alors que, prenant conscience de la difficulté de la tâche qui lui incombe, et puisqu'aucune des trois dimensions étudiées ci-dessus (le type d'activité, la volonté de la cessation et le caractère totale de celle-ci) ne peut apporter la réponse à sa question, il semble logique de considérer la quatrième dimension... l'espace-temps.

12. **Le temps.** Notion élémentaire acquise dès le plus jeune âge, le temps est une valeur continue, une dimension qui s'impose à tous. Il offre la possibilité d'ouverture d'une opposition entre la définition d'un état "temporaire" et celle d'un état "définitif". C'est ainsi, que l'auteur pourra, avec moindre difficulté, définir deux grands groupes de cessation d'activité. Nous verrons qu'il existe celles qui sont limitées dans le temps, c'est à dire, l'ensemble des états qui suggèrent, *a priori*, un retour *a posteriori* et qui qualifient ainsi une cessation d'activité temporaire, exemple concret des vacances. S'opposent donc à ces états, ceux qui ne présument pas d'un retour, ceux ci qualifient donc les cessations d'activités définitives, exemple concret du décès.

13. ***A "priosteriori"* ?** Soyons logiques ! Il parait évident, par essence, qu'un état temporaire ne sera jugé comme tel, que lorsque sa résolution aura eu lieu. En d'autres termes, un état définitif le demeure tant qu'il ne se résout pas. C'est pourquoi l'auteur insiste sur la présomption (*a priori*) ou non d'un possible retour (*a posteriori*). Car toutes les déclinaisons sont possibles quand nous parlons de situations de vie. Ainsi, un médecin en état pathologique[14] peut décider d'arrêter son activité pour un temps, avant d'apprendre un pronostic plus sombre, la maladie devient alors cause d'une cessation définitive. *A contrario*, un médecin qui décide de stopper définitivement son activité, pour profiter de sa retraite, peut à tout moment décréter de reprendre son exercice pour un temps. Au total, pour le présent travail, la cessation d'activité libérale du médecin, n'est considérée comme définitive ou temporaire que par la présomption, *a priori*, d'un retour ou non *a posteriori*.

14. **Subdivision.** L'auteur fait le choix de dichotomiser son étude en deux grandes parties, les interruptions temporaires et les interruptions définitives, tel que nous l'avons

[14] La santé des généralistes. D.E.S. de MEDECINE GENERALE Présentée et soutenue le 29 août 2006 par Laurence Gillard. Université René Descartes.

démontré ci-dessus. Il est important de relever que, suite à cette scission première, qui semble la plus stable, chacune des parties sera alors subdivisée, secondairement, en deux titres. Ainsi, comme décrit dans le paragraphe 9, il était important d'apporter cette notion de "volonté". Car comme nous le verrons plus bas, nous organiserons ces titres en fonction du caractère volontaire de la cessation et non de sa désirabilité[15].

15. **Le temps d'un dernier temps.** Il est précisé au lecteur, que ce travail se réalise en étudiant le droit positif, la déontologie et la doctrine. Les quelques notions historiques présentes sont réalisées dans un souci de mémoire et de continuité du travail. Mais le but demeure : "*Redonner l'envie de l'exercice libéral aux jeunes générations est un défi qu'ensemble, avec des solutions modernes, nous pouvons relever*"[16]

[15] Cf. Paragraphe n°17

[16] Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Mission confiée au Dr M. Legmann. Président du CNOM. Avril 2010, conclusion.

1ère Partie : Interruption temporaire

16. **Des causes labiles**. Il convient, avant tout, de définir les différents éléments primordiaux pour la construction d'une partie la plus à même de toucher le professionnel lecteur dans sa pratique quotidienne. Par essence, ces interruptions peuvent se répéter dans une même carrière. Aussi, il est important d'établir une liste des causes, les plus communes, pouvant être à l'origine d'un arrêt temporaire d'une activité médicale libérale. C'est pourquoi l'auteur préfère diviser ces éléments en deux grandes parties : Les arrêts dits « volontaires » et les arrêts dits « involontaires ». Dans cette première partie, nous pouvons considérer un arrêt simple qu'il soit partiel ou total, issu d'une cause désirée ou non mais motivant une volonté de cessation.

17. **Nommé « désiré »** La question ici, n'est pas de faire une tentative de procès à la définition du terme « désiré ». Il n'est pas dans l'intérêt de l'auteur de savoir si une femme médecin, qui décide d'arrêter son activité libérale, de façon partielle ou totale, pour une durée limitée, dans le but de mener à bien une grossesse, a désiré ou non cette grossesse. C'est la décision volontaire d'arrêter son activité libérale qui importe. La possibilité de faire le choix tant que celui-ci ne se retrouve pas imposé par une limitation des capacités physiques. C'est ainsi que, *a contrario*, cette dernière pourrait se retrouver en incapacité temporaire, ici involontaire, pour une cause désirée, comme dans le cadre d'une grossesse pathologique. C'est pourquoi, nous ne nous attarderons guère plus sur la classification des causes d'interruption selon leur degré de « désirabilité », mais bien sur le caractère volontaire de cette cessation d'activité.

18. **Une activité modulable**. Cette classification de notions ne saurait prétendre à l'exhaustivité si elle ne prenait en compte, comme sus-cité, la possibilité d'arrêt dit "partiel".

En effet, un médecin peut, à tout moment, décider de limiter son activité libérale pour se libérer du temps, de manière secondaire, pour une autre activité. Par exemple, diminuer son activité en cabinet médical, au profit d'un poste de praticien hospitalier, dans le cadre d'un contrat de travail à temps partiel. Il est donc fait état ici d'une cessation partielle de son activité libérale, de façon volontaire, qu'elle soit temporaire ou non. Aussi, prenons pour deuxième exemple, une notion qui intègre le caractère temporaire de cette réduction partielle d'activité, la formation professionnelle des médecins[17]. Il sera noté l'obligation pour le médecin de cesser de façon temporaire mais incomplète son activité. Et pour peu, amenant un ensemble d'interrogations qui sera soulevé : Comment ? Pour combien de temps ? Avec quel dédommagement ?

[17] C. Santé publique, art L4133-1.

Titre 1 : Interruption Temporaire et Volontaire

19. **"I'll be back"** Le choisir, le faire et l'assumer. Ce premier titre listera les principaux évènements qui peuvent amener une cessation temporaire que le médecin choisit de son plein gré. Mais il convient de ne pas oublier que le premier impératif à assumer, dans ce cas, reste la notion d'obligation d'assurer la continuité des soins. Cette dernière correspond aux articles 47 et 48 du Code de déontologie médicale ou R 4127-47[18] et R 4127-48[19] du Code de la santé publique. Ces textes donnent droit au médecin de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles en dehors des cas d'urgence, mais dans le respect d'une continuité des soins. Qu'en est-il actuellement ?

[18] C. Santé publ, art R4127-47 : "Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins."

[19] C. Santé publ, art R4127-48 : "Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi."

Chapitre 1 : Obligation de continuité des soins

20. **Situation[20].** Dans un contexte de démographie médicale en pleine récession et face aux difficultés éprouvées par les praticiens libéraux à trouver un remplaçant, "*le CNOM [21] rend public les données de la cinquième édition de son Atlas de la démographie médicale française. Celles-ci soulignent l'écart croissant entre l'évolution du nombre de médecins nouvellement inscrits (+2,5% en un an, soit 5 392 médecins) et celle des médecins sortants (+11,2% en un an, soit 4 310 médecins), sur un total de 264 466 médecins inscrits au tableau de l'ordre fin 2010"*[22]. Amenant des disparités conséquentes avec *"238 médecins pour 100 000 habitants et en dépit des mesures mises en place pour lutter contre la désertification, la région picarde connaît la plus faible densité médicale en activité régulière. Ces vingt dernières années, elle a enregistré une baisse de 29% des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre tandis que les médecins sortants ont augmenté de 130%."* [23]

Il est décidé de présenter un projet de décret en 2009 par Madame le Ministre de la santé et des sports Roselyne Bachelot. Ce projet, l'article R.6315-1 du Code de la santé publique, disposait que dans le cadre de la continuité des soins en médecine ambulatoire : "*À défaut de remplaçant, pour remplir son obligation de continuité de soins, tout médecin avertit, au moins deux mois à l'avance, le conseil départemental de l'ordre des médecins de ses absences programmées de plus de six jours ou d'une durée inférieure, mais incluant un jour suivant ou précédent un jour férié. Il communique le nom du confrère susceptible de prendre en charge ses patients. Le conseil départemental de l'ordre des médecins s'assure qu'aucune difficulté de prise en charge des patients ne peut naître du fait d'une présence*

[20] Pour approfondir : "Relation de soins et non-droit : l'introuvable obligation de soigner". Revue droit & Santé n°39. Paul Veron.
[21] Conseil national de l'ordre des médecins
[22] Atlas de la démographie médicale française 2011 : les jeunes médecins invitent leurs confrères à s'installer en libéral.
[23] Atlas Régionaux de la démographie médicale française : des disparités qui s'accentuent au niveau local.

insuffisante des médecins libéraux en activité sur le territoire, et après avoir rappelé aux médecins leurs obligations déontologiques et recherché des solutions pour renforcer leur présence, il informe le directeur général de l'agence régionale de santé de la situation"[24]

Par essence, ce projet proposait d'organiser l'obligation de continuité des soins selon les principes d'imposition de deux mois de prévenance ; définition des absences programmées comme étant celles supérieures ou égales à une semaine et celles inférieure mais en période de "pont" ; la limitation de l'obligation d'information de l'ordre faute de remplacement ; l'assurance d'une mission de veille et de recherche de solutions par les conseils départementaux de l'Ordre dans le cadre du renforcement de la présence des médecins et de la formulation de propositions au DGARS[25] pour assurer la continuité des soins.

L'avis du CNOM est sollicité et celui-ci rend un avis défavorable le 25 septembre 2009, demandant à ce que la concertation qui doit s'établir repose sur les bases suivantes : "*Faire confiance aux médecins pour assurer la continuité des soins aux patients et leur éviter des formalités inutiles et vexatoires quand ils y parviennent, c'est-à-dire dans la très grande majorité des situations. A défaut, les difficultés démographiques actuelles ne pourraient que s'aggraver. Faire clairement apparaitre que la réglementation n'a pas pour objet de remettre en cause les congés des praticiens, mais de permettre aux patients un accès aux soins en leur absence lorsque les praticiens n'ont pu trouver par eux-mêmes une solution, en raison notamment d'une pénurie médicale dont ils ne sont pas responsables. Mettre en exergue le rôle de facilitateur que le conseil départemental doit jouer dans le respect de l'obligation déontologique de la continuité des soins et la nécessité pour les Agences régionales de santé,*

[24] Projet de décret sur les modalités d'organisation de la continuité des soins en médecine de ville, pris en application de l'article 49 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoire.
[25] Directeur général de l'agence régionale de santé.

en dernier recours, de rechercher des solutions en recourant à une mutualisation des moyens publics et privés." [26]

La motivation de cet avis défavorable repose sur le manque de définition des termes de médecine ambulatoire[27] ; la définition du remplacement comme une réponse à l'obligation de continuité des soins[28] ; l'impossibilité de programmation d'absence prolongée un mois avant[29] ; l'encombrement inutile les conseils départementaux[30] ; l'impossibilité d'assurer une telle mission de veille[31] ; la pluri-factualité de l'impact de ces absences[32] ; la contradiction de son rôle d'aide au médecin[33] ; le défaut de précision du rôle du DGARS[34].

Au final, le médecin reste l'acteur principal de son obligation d'assurer la continuité des soins. Cette obligation déontologique qu'il réalisait, réalise et réalisera sans avoir à en rendre compte comme l'indique le CNOM dans son avis rendu sur ce projet de loi.

---

[26] Avis du CNOM sur le projet de décret relatif à la continuité des en médecine ambulatoire du 25/06/2009 http://www.conseil-national.medecin.fr/article/avis-du-cnom-sur-le-projet-de-decret-relatif-la-continuite-des-soins-en-medecine-ambulatoire-894

[27] "*Ni la loi ni le décret ni de façon générale le code de la santé publique n'apportent de précisions sur les termes de médecine ambulatoire et on ne sait donc pas précisément à quels médecins s'appliqueraient les formalités envisagées".*

[28] "*Le remplacement n'est pas la seule forme de réponse à l'obligation de continuité des soins et ne l'a jamais été . D'autres modalités existent au sein des cabinets de groupe ou même en dehors notamment dans le cadre d'une bonne confraternité entre médecins exerçant sur un même territoire".*

[29]"*Dans la rédaction du projet ministériel le délai de deux mois a pour effet d'interdire à un médecin de programmer une absence d'une semaine un mois avant. Une telle interdiction est inenvisageable."*

[30] "*Les médecins assument depuis toujours et dans leur grande majorité leurs obligations déontologiques sans avoir à en rendre compte. On ne comprend pas l'intérêt d'une formalité qui va encombrer inutilement les conseils départementaux. La seule information qui compte est celle que prévoit la loi : l'information des patients."*

[31] "*En aucun cas un conseil départemental ni d'ailleurs aucune autre autorité aussi bien informée soit elle ne peut donner l'assurance prévue par le projet. S'il dispose de données fiables sur les ressources disponibles et d'une bonne connaissance du terrain lui permettant de porter une appréciation sur l'impact de l'absence d'un médecin le conseil départemental ne dispose pas d'informations sur les variations de population au moment des périodes de congés et les besoins de soins induits"*

[32] "*En tout état de cause son appréciation ne saurait être limitée à la présence des seuls médecins libéraux."*

[33] "*Le rôle du conseil départemental n'est pas de demander au médecin de renoncer à ses congés mais de l'aider à trouver une solution qu'il n'a pas été à même de trouver seul."*

[34] "*Pour justifier la communication au DGARS, le décret doit préciser le traitement qu'il fait de l'information non nominative qu'il reçoit."*

Dans cette optique, il semble cohérent de soutenir que le médecin reste maitre de son œuvre sur le plan quantitatif. Il lui revient ainsi, de plein droit, le pouvoir de cesser de façon libre, temporaire et volontaire son activité. Et quel autre exemple plus marquant et plus à même de toucher un lecteur médecin que la question des congés simples pour un repos salvateur ?

Chapitre 2 : Congés simples

21. **Les dispositions prises**. Le médecin libéral reste libre de suspendre de façon volontaire et temporaire son activité. La première des suspensions, la plus évidente aux yeux de l'auteur, semble être les congés simples pour vacances ou une autre activité. Comme expliqué ci-dessus[35], le CNOM reste favorable et maintient sa position d'aide à trouver des solutions pour les médecins désireux de programmer des congés. Ces derniers sont libres de poser congé au prix du manque à gagner que cela incombe dans le modèle libéral. Mais ces congés ne coûtent ils réellement qu'aux médecins[36] ?

22. **Parcours de santé vs Repos**. Il reste légitime, au delà des droits du médecin, et toujours de façon conjointe à son obligation d'assurer une continuité des soins, de se poser la question d'un autre point de vue, celui du patient. En effet, de par le dispositif du médecin traitant ayant imposé un choix de médecin dit "référent" aux patients, ces derniers se retrouvent alors obligés de respecter un parcours de soin s'ils veulent bénéficier d'un remboursement à intégral. Comme on peut le lire sur le site AMELI.fr : "*En choisissant de déclarer votre médecin traitant et en le consultant en premier, votre taux habituel de remboursement reste inchangé. En revanche, si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés, vous serez moins bien remboursé par l'Assurance Maladie lors d'une consultation.*"[37] ; C. Sécu. Soc. art L162-5-3[38].

[35] Cf. Paragraphe n°20

[36] "*Lorsque le médecin veut partir en vacances…*", CA Versaille, 3ème chambre, 6 février 2004 : Juris Data n° 2004-238910. Revue droit & santé n°2. Sophie Hocquet-Berg.

[37] Site AMELI.fr : Le parcours de soin de santé. Mis à jour le 16/01/2012

[38] "Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier..." C. Sécu. Soc. art L162-5-3

Ainsi, ce système ne reste pas financièrement anodin pour les patients car en ne se rendant pas chez leur médecin traitant, ils peuvent perdre 9,20 euros de remboursement sur une consultation à 23 euros. En effet leur taux de remboursement hors parcours de soin passe de 70%[39] (quand ils consultent leur médecin traitant) à 30%[40] (s'ils n'ont pas déclaré de médecin traitant) comme il est rappelé sur le site de l'Assurance Maladie.

Par conséquent, dans le cadre d'une prise en charge médicale des patients dont le médecin généraliste est absent, il a été décidé de mettre en place des systèmes parant ces situations particulières. Dans ce contexte précis : "*Vous êtes médecin généraliste, vous exercez seul et vous n'avez pas de médecin remplaçant. En cas d'indisponibilité ou d'absence, vos patients pourront-ils consulter un autre médecin généraliste sans baisse de remboursement ?*" [41] question relayée par l'Assurance Maladie, il est clairement fait état de la possibilité d'un remboursement à taux plein sur simple précision du médecin assurant les soins lors de cette dite absence. Précision qu'apportera le médecin remplaçant lors de l'établissement de la feuille de soin papier ou électronique et permettant un remboursement à taux plein de l'acte considéré ; C. Sécu. Soc. art D162-1-6 C[42].

23. **A votre santé docteur**. Un patient bien remboursé et des soins assurés, mais, question importante, et fait non négligeable, que devient la couverture des soins pour un

[39] "***S'il s'agit de votre médecin traitant déclaré,*** *vous êtes dans le parcours de soins coordonnés. L'Assurance Maladie vous rembourse alors 70 % du tarif de la consultation, moins 1 € au titre de la participation forfaitaire, soit un remboursement de 15,10 €."*

[40] "***Si vous n'avez pas de médecin traitant déclaré****, vous êtes hors du parcours de soins coordonnés. L'Assurance Maladie ne vous rembourse alors que 30 % du tarif de la consultation, moins 1 € au titre de la participation forfaitaire, soit un remboursement de 5,90 €.*"

[41] "*Oui. Cette disposition est prévue. Dans cette situation en effet, le médecin consulté à la place du médecin traitant, en son absence, saisit le code « **MTR** » sur une feuille de soins électronique (FSE) ou coche la case « **Médecin traitant remplacé** » sur une feuille de soins papier."*

[42] "*Outre les cas mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 162-5-3, la majoration prévue au cinquième alinéa de cet article n'est pas appliquée : ... Pour les actes et consultations assurés, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, par le médecin qui assure son remplacement ou, lorsque le médecin traitant exerce en centre de santé ou en groupe, par un autre médecin exerçant dans le même centre ou dans un cabinet situé dans les mêmes locaux...*" C. Sécu. Soc. art D162-1-6 C.

médecin libéral qui s'arrête ? Est il couvert ? La réponse est simple : oui. Précisons que le médecin libéral ("*médecin exerçant en secteur 1, en secteur 2 ou en secteur 2 avec option de coordination*"[43]) fait partie de praticiens médicaux conventionnés, et qu'à ce titre, il relève du régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). Ce régime ouvre, entre autre[44], un droit à la prise en charge "*du remboursement des soins*"[45]. L'assurance maladie explique en son site (AMELI.fr) : " *Si vous cessez votre activité pour convenance personnelle, certains de vos droits sont maintenus. Vous continuez à bénéficier pendant 1 an ... du remboursement de vos soins en cas de maladie ... Le maintien de vos droits débute à compter de la date de cessation de votre activité. À l'issue de cette période et en l'absence d'une protection sociale à quelque titre que ce soit, vous pourrez bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU) de base*." ; C. Sécu. Soc. art L722-1 et R722-3 (Un mois après la fin des cotisations)

Ainsi, on note que la couverture maladie, pour un médecin qui cesse son activité, reste pleine et entière. Cependant rappelons que le médecin devra rester à jour de ses cotisations, pour pouvoir en profiter. Bien qu'il y ait une possibilité de couverture maladie universelle pour un médecin ne répondant pas à l'ensemble des ces critères.

24. **En demi-teinte.** il semble que les deux principaux obstacles, à la possibilité d'un médecin généraliste de prendre des congés simples pour vacances, soient en réalité des notions plus centrées sur un thème de respect déontologique, contrôlée par le CNOM d'une part et du maintien d'accessibilité aux soins d'autre part. Ce dernier point reste la clé de voûte d'un problème bien plus complexe dans son organisation. Il est important, dans cette étude, de

[43] http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-praticien-ou-auxiliaire-medical.php
[44] Cf. Paragraphe n°109.
[45] http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-praticien-ou-auxiliaire-medical.php

soulever ce point particulier, qui est source de confusion dans l'esprit des praticiens libéraux, pouvant décourager ces derniers dans leur démarche de cessation d'activité. Ce point correspond à la permanence des soins. Bien que très différent en la demeure, il semble important ici de réaliser un rapide mais néanmoins utile rappel de ce principe afin de lever les quelques doutes pouvant persister.

25. **De la continuité à la permanence**. Rappelons que la continuité des soins et une obligation imposée à tous les médecins, indiquant que ces derniers doivent, en cas de refus ou d'impossibilité, assurer un relai de prise en charge médicale[46].

Parallèlement, la permanence des soins, qui permet d'assurer en continu un accès à une activité médicale, est confiée à l'ARS[47] par la loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009[48] portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.[49] Ainsi, comme peut l'expliquer le site AMELI.fr, en s'appuyant sur l'article L6314-1 du code de la santé publique : "*À ce titre, les ARS ont la compétence pour définir les modalités de mise en œuvre du dispositif ainsi que le montant des indemnités versées aux médecins participant à la permanence des soins ambulatoires.*" Il est alors fait appel à la compétence du conseil de

[46] C. Santé Publique, art R4127-47 et 48.
[47] Agence régionale de santé
[48] Publication JORF 22/07/2009 p. 12184.
[49] "*La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa.*"

l'Ordre des médecins pour réaliser une inscription des médecins libéraux sur la base du volontariat[50].

Ainsi, la permanence des soins n'est pas directement imposée au médecin lui même, puisque reposant sur une base de volontariat et s'ajoute à cela, une assurance pour les patients de bénéficier de soins à toute heure. Par conséquent, il semble que la dualité permanence / continuité est en réalité un complément. La première permettant, la simplification de la seconde. Les médecins, de par la mise en place d'un système de permanence des soins, peuvent bénéficier d'un soulagement quand à leur obligation d'assurer une continuité des soins.

Cependant, il est important de noter que, du fait d'affects personnels, les médecins peinent à prendre de tels congés à la vue d'une *"charge d'activité tant objective (temps de travail) que subjective (le fait de pouvoir décrocher mentalement) ou psychique et affective (vivre avec les situations les plus graves de ses patients) est de plus en plus perçue comme trop important."*[51]. A noter que cette situation est mise en opposition, avec *"la rupture d'un équilibre entre le don et le contre-don"* qui correspond à la non-reconnaissance de son travail par sa propre patientèle.[52]

---

[50] *"**Comment la permanence des soins est-elle organisée ?** L'organisation de la permanence des soins des médecins généralistes libéraux relève, entre autre, de la compétence du conseil de l'Ordre des médecins. Vous vous inscrivez, sur une base volontaire, pour chaque période de garde (nuit, dimanche, jour férié) auprès du conseil départemental de l'Ordre des médecins pour un secteur de garde."*

[51] Comme peut le souligner une série d'études et recherches de la DREES de 2008 : "*Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 2*" *Olivier Blandin - Marie-Hélène Cabé n° 77 – mars 2008*

[52] *"Les médecins qui vivent de manière douloureuse cette non reconnaissance sont porteurs d'identités professionnelles particulièrement fortes. Alors même qu'ils accordent une attention toute particulière à la qualité du service rendu, de la prestation accomplie, ce qui induit un engagement professionnel de leur part au delà de ce qui est "rémunéré", un don, ils ne se sentent en retour ni reconnus ni "distingués" pour la qualité de leur engagement. Parfois, ils ne se sentent même pas respectés." Dans cette même étude.*

Chapitre 3 : Congés de maternité

26. **Avant tout un droit**. Créé en 1909 pour les salariés[53] ; le congé maternité est un droit et non un devoir. A ce jour, il correspond, pour toute employée, au droit de bénéficier d'un congé prénatal (avant la date présumée de l'accouchement) et d'un congé post natal (après l'accouchement) dont la durée totale, est de 16 semaines (six semaines de congé prénatal et dix de congé postnatal)[54], selon le régime général et sans compter sur les "conventions collectives ou les accords de branche" pouvant prévoir des dispositions plus favorables. En cas de naissances multiples, ce congé peut être porté à 34 ou 46 semaines, dans les cas respectifs de naissance de jumeaux ou de triplés (ou plus). On note le cas particulier d'un congé de 26 semaines pour les femmes ayant déjà au moins deux enfants[55].

27. **Pour une rémunération**. Cette rémunération se fait sur la base d'indemnités journalières versées pendant toute la durée du congé maternité à toute femme enceinte justifiant de dix mois d'immatriculation, en tant qu'assurée sociale, à la date présumée de son accouchement, et dès lors qu'elle peut attester d'une situation professionnelle[56]. Lors d'un tel congé, une femme peut prétendre à une rémunération moyenne calculée à partir de son salaire journalier[57] de base et plafonnée à 78,39 € par jour dans les départements de la Moselle (57),

[53] Loi dite Engerard du 24/11/1909

[54] C. travail, art L.1225-17 : " La salariée a le droit de bénéficier d'un congé de maternité pendant une période qui commence six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après la date de celui-ci."

[55] C. travail, art L1225-18 et 19.

[56] "*Avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant le début de sa grossesse ou de son congé prénatal, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant le début de sa grossesse ou de son congé prénatal. Ou, à défaut, en cas d'activité à caractère saisonnier ou discontinu, avoir travaillé au moins 800 heures ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire, au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant le début de sa grossesse ou de son congé prénatal.*"
http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/conges/le-conge-maternite/indemnites-journalieres.php

[57] "*L'indemnité journalière versée pendant le congé maternité est égale au gain journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires (= salaires soumis à cotisations, pris en compte dans la limite du plafond de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année en cours, et diminués des cotisations salariales obligatoires à*

du Bas-Rhin (67) et du Haut-Rhin (68), ou à 80,04 € par jour dans les autres départements[58]. Biensûr, il est question ici du régime d'une employée, mais qu'en est il du sujet qui nous intéresse ? Qu'en est il du modèle libéral ?

28. **Maternité et activité libérale**. Depuis le décret n° 2006-644 du 1er juin 2006[59], les professionnelles libérales, qui relèvent du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés peuvent bénéficier d'une durée de congé maternité égale[60] à celle des salariées. Elles peuvent alors percevoir des allocations forfaitaires de repos maternel ainsi que des indemnités journalières forfaitaires.

29. **Allocation forfaitaire de repos maternel.** Versée sans condition de cessation d'activité, elle est destinée à compenser de façon partielle la diminution de l'activité libérale. Son montant est égal à celui du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, et il est revalorisé annuellement. Ainsi, elle représente 3031 euros au 1er janvier 2012, versée en deux fois[61].

30. **Indemnité journalière forfaitaire**. Versée sous condition de cessation de toute activité professionnelle pour une durée minimum de huit semaines dont deux prénatales. Son montant correspond au 60e du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur soit 50,52 euros au 1er janvier 2012. La durée de cette prestation est égale à celles requises pour

---

caractère légal et conventionnel et de la CSG) des 3 mois qui précèdent le congé prénatal, ou des 12 mois en cas d'activité saisonnière ou discontinue."
http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/conges/le-conge-maternite/indemnites-journalieres.php

[58] Montant maximum de l'indemnité journalière maternité au 01/01/2012

[59] Décret n° 2006-644 du 1er juin 2006 relatif aux prestations maternité des professionnelles de santé relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et modifiant le code de la sécurité sociale

[60] C. Sécu. Sociale, art. D. 722-15-2. - L'indemnité journalière forfaitaire prévue aux deuxième alinéa de l'article L. 722-8 est versée pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après celui-ci, sous réserve de cesser toute activité rémunérée durant la période d'indemnisation et pendant au moins huit semaines, dont deux semaines avant l'accouchement.

[61] "*L'allocation forfaitaire de repos maternel est versée en deux fois : à la fin du 7e mois de grossesse et après l'accouchement, mais elle peut cependant être versée en une seule fois si l'accouchement a lieu avant la fin du 7e mois de grossesse*." Cf. C. Sécu. Sociale, art. D. 722-15.

les femmes employées, c'est à dire de 16 à 46 semaines en fonction du nombre d'enfants à venir ou déjà à charge[62].

Pour bénéficier de cette indemnité, la praticienne concernée devra, en plus du certificat médical attestant de la durée de son arrêt de travail, fournir une déclaration sur l'honneur attestant de sa cessation totale d'activité professionnelle[63].

31. **Au delà de la CPAM, la CARMF**. Cette dernière est aussi un acteur important de l'aide financièrement apportées aux femmes médecins libérales enceintes. D'une part, il existe un avantage avec le régime de base qui met à disposition : *"100 points supplémentaires sont accordés pour la maternité. Un extrait d'acte de naissance ou de la photocopie du livret de famille doit être adressé sans que cette attribution puisse avoir pour effet de porter le nombre de points acquis dans le présent régime pour l'année considérée au-delà de 550 points."*[64]. D'autre part, il s'ajoute un avantage au régime complémentaire vieillesse qui prévoit que : *" La femme médecin qui cesse son activité pour congé maternité pendant au moins 90 jours, peut bénéficier d'une exonération d'un semestre de cotisations avec attribution de 2 points. Toutefois, elle ne peut en bénéficier si une exonération de cotisations lui a déjà été accordée au titre d'un état pathologique résultant de la grossesse."*[65] Ceci permettant d'alléger les charges qui pèsent sur la travailleuse et ne limite pas son capital retraite.

[62] Cf. Paragraphe n°26
[63] Cf. C. Sécu. Soc, art. D722-15-5
[64] http://www.carmf.fr/cdrom/web_carmf/coti/coti-vos_cotis.htm
[65] Cf. C. Sécu. Soc, art L331-1

Concernant le régime invalidité-décès, il sera noté que : "*La CARMF ne verse pas d'indemnités journalières lors d'un arrêt de travail pour une grossesse sans complication.* "[66] Cette partie sera étudié au niveau des cessations temporaires involontaires[67].

32. **Et au delà de la CARMF, la CAF**. Dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), la CAF peut attribuer une prime à la naissance ou à l'adoption sous condition de revenus limites en fonction de la situation familiale (nombre d'enfant à charge ; parents isolés etc). Ses limites évoluent selon le tableau présenté ci après, et octroient une prime de 912.12 euros[68] majorée en cas de parent isolé ou vivant en couple (marié ou non) avec un conjoint ayant eu lui aussi des revenus supérieurs à 4708 (pour la période de l'année 2010)

Nombre d'enfants à charges	Couples avec un seul revenu	Parent isolé ou couples avec des deux revenus
1 enfant	34 103	45 068
2 enfants	40 924	51 889
3 enfants	49 109	60 074
Par enfant en plus	8 185	8 185

Ses montants sont valables pour la période s'étalant jusqu'au 31/12/2012 et à ne pas dépasser pour pouvoir bénéficier de la PAJE.

[66] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=coti-vos_cotis.htm ; Cf. C. Sécu. Soc, art L331-1

[67] Cf. Paragraphe n° 54

[68] *"La prime est de 912,12 €. Pour les enfants adoptés ou accueillis en vue d'adoption à compter du 1er août 2005, son montant est de 1824,25€.Elle est versée au cours du 7ème mois de grossesse et, en cas d'adoption, le mois suivant l'arrivée au foyer ou le mois suivant l'adoption ou le placement en vue d'adoption si l'arrivée au foyer est antérieure. En cas de naissances multiples, d'adoptions multiples, ou d'accueils multiples en vue d'adoption, il est versé autant de primes que d'enfants nés, adoptés ou accueillis en vue d'adoption.La prime n'est pas due en cas d'interruption de grossesse avant la fin du 5ème mois suivant votre début de grossesse."* http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=coti-vos_cotis.htm ; Cf. C. Sécu. Soc, art L331-1

33. **Prendre soin de maman**. En amont de l'ensemble de ces congés et prestations financières diverses, il semble important de rappeler que dans le cadre de l'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), les frais médicaux inhérents à un état de grossesse, seront pris en charge à 100% au titre de l'assurance maternité[69]. ("*7 examens médicaux obligatoires ... 3 échographies au rythme d'une par trimestre ... 8 séances de préparation à l'accouchement prises en charge à 100 % ... les honoraires d'accouchement ... les frais de séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée dans la limite de 12 jours ... les frais de transport à l'hôpital ... séances de rééducation abdominale / périnéo-sphinctérienne ... Les frais médicaux, pharmaceutiques ...*"[70])

34. **Un sentiment de solitude**. Toutefois, comme pour toute profession libérale, il est important de préciser que malgré ces dispositifs, il règne encore un sentiment d'abandon pour les femmes voulant mener et mêler grossesse et activité libérale. Ainsi, une étude menée par la DREES, en son premier tome[71], a mis en évidence que la carrière de ces femmes a été influencées par l'avant, le pendant et l'après de leur grossesse. Il y est clairement fait mention que "*contrairement aux hommes, leur conjoint n'est jamais leur secrétaire"* et que par conséquent, en raison des *"nombreux rôles sociaux (soutiens ou charges familiales)"* elles se retrouvent *"à cumuler des problèmes d'organisation"*. Au delà de ces soucis, nous pouvons clairement identifier dans cette étude une prise de risque pour leur santé et leur enfant à venir

[69] "*Vous êtes affilié à la caisse d'Assurance Maladie dont dépend votre lieu d'exercice ... Vous pouvez bénéficier : ... du versement d'indemnités ou d'allocations en cas de congé maternité, paternité ou d'adoption (ex. : allocation forfaitaire de repos maternel, indemnité journalière forfaitaire, allocation de remplacement pour les conjointes de praticiens et auxiliaires médicaux relevant du régime des PAMC et remplissant certaines conditions de collaboration professionnelle) ... Pour plus d'informations à ce sujet, consultez nos dossiers sur la maternité...*"
http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-praticien-ou-auxiliaire-medical.php ; Cf. C. Sécu. Sociale, art L331-2

[70] http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/formalites/la-maternite/les-modalites-de-prise-en-charge.php ; Cf. C. Sécu. Sociale, art L331-2

[71] Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 1 Anne VEGA n° 73 – décembre 2008

dans un contexte de surcharge de travail ou de pressions financières[72]. Cet état de fait est par ailleurs d'autant plus marqué pour elle car, comme l'a rappelé quantitativement[73] cette étude, les femmes sont prédisposées à présenter des durées de consultation plus longues, dans un contexte de *"spécialisation"*[74], et par conséquent à augmenter et alourdir leurs problèmes organisationnels.

35. **Homologie, le congé paternité**. Les praticiens libéraux conventionnés et affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés peuvent bénéficier d'un congé paternité indemnisé à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant et, sous réserve de cesser toute activité professionnelle, percevoir une indemnité journalière forfaitaire pendant la durée de ce congé[75]. La durée de congé est 11 jours consécutifs au plus pour la naissance ou l'adoption d'un enfant, et augmente à 18 jours consécutifs au plus en cas de naissances ou d'adoptions multiples, dans un délai de quatre mois après la naissance de l'enfant ou de son arrivée au foyer. L'assuré bénéficie alors d'une indemnité journalière forfaitaire de 21 %, représentatif de la part salariale des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi, est appliqué lors du calcul de

[72] "Pratiquement tous les enquêtés ont évoqué chez les mères de famille des pleurs, des phases de dépression et d'irritabilité (conflits avec les enfants, le mari), mais aussi des grossesses menées presque à terme sans arrêt de travail (jusqu'à 8 mois)." Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 1 Anne VEGA n° 73 – décembre 2008

[73] "*Ce qui est confirmé par des études quantitatives : au cabinet, 77,1 % des médecins femmes déclarent voir un patient toutes les 20 minutes ou toutes les demi-heures contre 54,2 % pour les hommes. Seulement 6,9 % des femmes déclarent passer moins d'un quart d'heure avec chaque patient. Autrement dit, les femmes médecins ont une durée de consultation déclarée significativement supérieure à celle de leurs homologues masculins. Elles réalisent une médecine plus lente (aussi lors des visites), car leur clientèle est plus féminisée, et plus âgée notamment (voir encadré suivant), ce qui induit des revenus plus faibles et souvent la difficulté à disposer d'un secrétariat.*" Sources : HAS, comité de réflexion, d'après l'étude de B. Ventalou et B. Saliba, sur un panel représentatif de 600 médecins généralistes en région PACA.

[74] *"L'endurance, les nécessités ou les motivations financières conduisent à ne pas s'arrêter de travailler. Cependant, les femmes rencontrées ont parfois des profils « relationnels » très marqués (« attirance pour les relations humaines », « écoute », impossibilité « d'abandonner » les patients), ce qui est sûrement lié aux compétences valorisées chez les femmes ou encore attribuées à la féminité. De plus, la présence des femmes médecins auprès de leurs patients a été peut-être encore accentuée par leurs « spécialisations » traditionnelles en médecine (gynécologie, obstétrique, pédiatrie, gériatrie, écoute psychologique, soins palliatifs) qui ont allongé la durée des consultations et des visites"* Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 1 Anne VEGA n° 73 – décembre 2008

[75] C. Sécu. soc, art. L331-6

l'indemnité journalière. Le montant maximum au 1er juillet 2013 de l'indemnité journalière versée pendant le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de 80,15 euros par jour dans tous les départements.

Ainsi, qu'il soit homme ou femme, docteur ou doctoresse, le médecin libéral est entré dans les pleins droits sociaux de la maternité et de la paternité, tendant à être mis sur un pied d'égalité avec celles et ceux qu'il suit de la naissance à la mort en passant par la parentalité.

Chapitre 4 : Congés de formation

36. **Un volontarisme temporaire pour une obligation permanente**. En fait, bien que ce congé soit considéré comme volontaire par l'auteur, du fait de l'autonomie du médecin dans l'organisation de son absence, il ne faut pas perdre de vue le caractère permanent et obligatoire pour le médecin de se former. Il est, ici, fait référence à la notion d'obligation de formation médicale continue.

37. **La formation continue des médecins**. Tout médecin, quel que soit son mode d'exercice, a le devoir déontologique de se former et d'évaluer leurs pratiques. "*Ce devoir déontologique est devenu une obligation légale pour la formation médicales continue (FMC) en 1996, et pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en 2004."*[76]. En effet, c'est en 1996 que Alain Juppé, alors premier ministre, l'inscrit dans les ordonnances du même nom, la formation continue devient alors légalement obligatoire avec la possibilité de sanctions disciplinaires théoriques. Depuis lors, et au fil des différents gouvernements, cette obligation n'a cessé d'être modifiée et élargie, avec un recours concret au CNFMC[77] et CRFMC[78]. En 2002, c'est la loi du 4 mars 2002, dite "Kouchner"[79], qui viendra : "*Réaffirmer cette obligation ; Préciser ses objectifs ; Elargir les rôles des CNFMC ; Faire évoluer les rôles de ces derniers*"[80]. Il faut attendre la loi du 9 août 2004 pour voir disparaitre la notion de sanctions disciplinaire et celle du 13 août[81] de la même année qui rend obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles, remise à la responsabilité de l'HAS. C'est en 2008 que

[76] Comme le souligne le rapport : Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins (Inspection générale des affaires sociales - Rapport 2008 P.Louis Bras et Gilles Duhammel - novembre 2008-IGAS, Rapport N°RM2008-124P)
[77] Conseils nationaux de la formation continue
[78] Conseils régionaux de la formation continue
[79] Loi n°2002-303 du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé JOTF 05/03/2002, p.4118.
[80] La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu : D.E.S. de MEDECINE GENERALE Présentée et soutenue le 27 septembre 2011 par Pauline CORDONNIER
[81] Loi n°2004-809 relative au x libertés et responsabilités locales JORF 17/08/2004 p.14545.

Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative demande à l'Inspection générale des affaires sociales d'analyser l'organisation juridique, administrative et financière des dispositifs de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles, dans un but de simplification, car les décrets d'application permettant la mise en place des CRFMC ne sont toujours pas votés. C'est au final en juillet 2009 que la loi "Hôpital, Patient, Santé, Territoire" est votée et c'est ainsi que l'EPP et la FMC sont regroupées au sein du "Développement Professionnel Continu" (DPC)[82]

38. **A l'heure actuelle, le DPC.** Il semble que les médecins français fassent preuve d'une fidélité importante aux séminaires de formation proposés par les associations. En effet 63% des médecins les utiliseraient dans le cadre de leur devoir de formation continue[83]. Le contrôle de la réalisation de cette obligation est réalisée par le CDOM : "*Le conseil départemental de l'ordre des médecins s'assure, au moins une fois tous les cinq ans, sur la base des attestations transmises par les organismes de développement professionnel continu ou du diplôme mentionné à l'article R. 4133-5, que les médecins relevant de sa compétence ont satisfait à leur obligation annuelle de développement professionnel continu.*"[84]

39. **Pour un financement**. Le Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011, relatif au développement professionnel continu des médecins, est inséré à l'article R4133-8 du code de la santé publique. Il fixe les conditions de dédommagement financier :"*L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu finance le développement professionnel*

[82] Code Santé publique, art. L4021-1.

[83] "*Par une enquête informatique auprès de 20 655 médecins généralistes libéraux, nous avons cherché à préciser cet aspect. Les 2407 réponses (soit un taux de participation de 11,7%) montrent une fidélité aux séminaires proposés par les associations et à la lecture de la presse, puisque respectivement 63% et 95% des médecins interrogés les utilisent pour leur formation. La Revue Prescrire, avec 64% de répondants qui la sélectionnent, confirme sa place de référence au sein de la presse médicale.*" La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu : D.E.S. de MEDECINE GENERALE Présentée et soutenue le 27 septembre 2011 par Pauline CORDONNIER

[84] Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins

continu des médecins libéraux et des médecins exerçant dans les centres de santé conventionnés, dans la limite des forfaits individuels mentionnés à l'article R. 4021-9[85]*"*. Ceci implique une rémunération journalière équivalente à une indemnisation de 15 C[86] par jour pour une durée maximum de 8 jours par an, suite à la constitution d'un fond de financement du DPC des médecins libéraux, géré par un Organisme de gestion des fonds conventionnels (OGC)

40. **Modalités**. En ce qui concerne la FPC : "Les médecins libéraux conventionnés en exercice, ainsi que les médecins remplaçants, thésés ou non, en règle avec l'ordre des médecins, dans la limite de 10 % de médecins remplaçants par session, sont indemnisés pour perte de ressources 15 consultations par jour (soit 345€) dans la limite de 8 jours par an (FPC et DPC cumulés)."[87] Alors que, concernant le DPC : "Les médecins libéraux conventionnés en exercice, ainsi que les médecins remplaçants thésés en règle avec l'ordre des médecins, dans la limite de 10 % de médecins remplaçants par session, sont indemnisés pour perte de ressources l'équivalent temps de 2 jours, soit 690€, dans la limite de 8 jours par an (FPC et DPC cumulés).". Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'une formation dans le cadre d'une FMC ou d'un DPC, les médecins qui n'exercent pas une activité libérale à titre principal et les médecins retraités sans activité libérale, ne seront pas indemnisés. A noter que les indemnités sont aussi refusées aux médecins remplaçants non thésés pour les formations issues du DPC.

[85] "*Les programmes de développement professionnel continu suivis par les professionnels de santé libéraux conventionnés et les professionnels de santé exerçant dans les centres de santé conventionnés sont pris en charge par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, dans la limite d'un forfait, sous réserve de remplir les conditions prévues par les articles R. 4133-2, R. 4143-2, R. 4153-2, R. 4236-2 et R. 4382-2 et d'être dispensés par un organisme évalué favorablement dans les conditions définies par l'article R. 4021-24*" du Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu

[86] 1 C = Tarif d'une consultation médicale d'un médecin traitant à 23 euros depuis 2011.

[87] http://www2.ogc.fr/medecins/indemnisations/conditions.php dernière MAJ : 18/04/2012

Ainsi, il semble que la cessation d'activité médicale dans le cadre d'une formation professionnelle fait l'objet d'une réglementation bien ancrée dans l'esprit des différents acteurs de la vie médicale. En effet ces derniers semblent prendre cette question très à cœur[88] sur le plan de leur développement personnel. Par ailleurs, il apparait que les structures organisationnelles en place mettent à leur disposition des moyens efficaces pour parvenir à leur fin.

41. **Former ou être formé ? là est la question.** A ce moment précis du développement de son argumentation, il parait impossible à l'auteur de ne pas, au moins, évoquer la condition de formateur du médecin libéral. En effet, au delà, de son obligation de formation continue, le médecin, de tout temps, a connu cet esprit de partage du savoir, qu'il le reçoive ou qu'il l'enseigne. Un partage de la connaissance qui s'inscrit dans le maintien de la performance médicale. C'est pourquoi, même sans parler de cessation complète de son activité médicale, il semble qu'un médecin puisse imposer volontairement un frein à son travail quand il délivre, à son tour, l'enseignement de son art. Qu'il remonte à l'origine de la connaissance médicale, ou à l'existence aujourd'hui de la notion de maitre de stage pour les étudiants en deuxième ou troisième cycle des études médicales, le partage du savoir affecte toute personne un tant soit peu animée par la curiosité scientifique. Il est important d'indiquer au lecteur que ce point d'étude correspond à un ralentissement de l'activité du médecin et non à un arrêt, dans ce cas partiel, de son activité pour entreprendre des travaux d'enseignement.

42. **Du performeur au "Père formeur"**. Comme expliqué ci-dessus, à l'heure actuelle, un médecin généraliste peut décider d'accueillir un jeune interne ou externe aspirant à devenir lui même médecin, pour partager l'espace d'un temps, son bureau, sa clientèle, son expérience, son savoir. Sur la base du volontariat, il passe la frontière et devient enseignant.

[88] Cf. paragraphe n°38

Cependant, la délivrance de cet enseignement ainsi que la mise à disposition de ses outils et de son temps sont une source de ralentissement volontaire de l'activité du médecin, alors maitre de stage. Mais en aucun cas il n'est fait état d'une cessation total de l'activité. Pour parer cette perte relative de revenu, et ainsi, ne pas décourager les possibles prétendants à l'exercice de cet enseignement de "terrain", il a été décidé que cette part d'activité d'enseignement soit sujette à une indemnité, sous forme d'honoraires pédagogiques. Cette indemnité est issue de la signature d'une convention entre la Faculté, le CHU, la DRASS[89] et le maître de stage en question[90].

Sans vouloir détailler de trop un point que cette étude n'envisageait pas par essence, rappelons que dans le cadre d'un SASPAS[91], un médecin libéral peut laisser son cabinet, durant toute une journée, à un interne en médecine réalisant son stage professionnalisant dans le cadre de sa spécialisation. Journée qui se conclura par un bilan entre le médecin et son apprenti. Il va sans dire que malgré la non rétrocession des honoraires perçus, il s'agit d'une perte financière relative pour le médecin. (Allongement du temps des consultations, refus de consultation par les patients ...) C'est aussi dans ce contexte que fut décidé l'attribution de ces honoraires pédagogiques.

Il semble important de noter que peu importe la qualité de l'arrêt : total ou partiel (que le médecin libéral décide de cesser complètement son activité pour entreprendre des travaux de formation ou simplement par intermittence), de façon temporaire ou définitive, ou même un simple ralentissement (intégrer un stagiaire au sein de son activité) La formation, qu'elle

[89] Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

[90] *"Les maîtres de stage sont rémunérés par la Faculté (signature d'une convention entre la Faculté, le CHU, la DRASS et le maître de stage) sous forme d'honoraires pédagogiques d'un montant de 577,85 euros/mois pour un stage praticien, de 1 155,71 € pour un SASPAS (6 mois), l'indemnité devrait être d'environ 250 € par mois pour l'accueil d'un externe."* Faculté de Médecine d'Amiens, URCAM Picardie, URCAM Franche-Comté, Faculté de Médecine de Paris Sud, Journaux Officiels – Juin 2008

[91] Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.

soit reçue ou donnée, reste un élément capital et permanent de la culture et de la pratique de l'art médical. Ainsi, il est possible de relever une adhésion de l'ensemble des différents acteurs de la vie sanitaire, qu'il s'agisse des médecins libéraux ou de leurs interlocuteurs.

Chapitre 5 : Congés de solidarité familiale

43. **Du professionnel au personnel**. Au delà des autres formes de cessation d'activité vu précédemment, il en demeure une importante, en substance, à traiter. Quand les affects personnels sont en jeu, et que le rôle de soignant passe la frontière familiale. Quand la douleur et la compassion se font plus voisines qu'elle ne l'ont jamais été. Quand un proche devient d'une façon ou d'une autre l'être à soigner[92]. Il est alors compréhensible que le médecin, directement lié à la personne affectée, puisse décider de cesser volontairement son activité médicale professionnelle, au profit d'une activité médicale personnelle, ou d'un simple accompagnement[93].

44. **Du Soutien à la Solidarité.** S'il est une confusion à écarter, c'est ici, avec prudence, que le lecteur doit relever qu'il existe deux termes à bien différencier. Le premier ne concerne que les personnes salariées. Il s'agit du congé de soutien familial, dans le cadre de l'accompagnement d'un handicap ou d'une perte d'autonomie[94], congé ouvert aux salariés[95], sous certaines conditions[96], pour une durée de trois mois renouvelable[97], ne bénéficiant d'aucun dédommagement salarial[98]. Ainsi, l'étude de ce type de cessation d'activité ne saurait se justifier dans le présent travail, car n'intéressant pas les médecins libéraux. En outre, il est important d'insister sur l'existence d'un pseudo-homonyme, le congé de solidarité familiale,

[92] Amélioration du dispositif d'accompagnement des personnes en fin de vie : La Semaine Juridique Edition Générale n° 11, 15 Mars 2010, 293.

[93] Le lustre de la loi Leonetti : Droit de la famille n°10, Octobre 2010, Etude 25. Etude par Gilles RAOUL-CORMEIL maitre de conférences à l'université de Caen directeur de l'IEJ de la faculté de droit centre de recherche en droit privé.

[94] Cf. C. santé publique, art. R6152-35-1

[95] "*Le congé de soutien familial est ouvert au salarié justifiant d'une ancienneté minimale de 2 ans dans l'entreprise.*" Cf. C. travail, art. L3142-22.

[96] Cf. C. travail, art. L3142-22.

[97] "*Le congé de soutien familial est d'une durée de 3 mois, renouvelable. Il ne peut excéder la durée d'un an pour l'ensemble de la carrière professionnelle du salarié*" Cf. C. travail, art. L3142-24.

[98] "*Le congé de soutien familial n'est pas rémunéré.*" Cf. C. travail, art. L3142-24

justifiant une allocation ouverte aux libéraux, dans le cadre d'un accompagnement d'une personne en fin de vie.

45. **La solidarité familiale**. Selon le Code du travail, en son article L3142-16, préciser sur le site Ameli.fr[99], il est question ici, d'une allocation à laquelle les bénéficiaires peuvent prétendre, sous forme d'une indemnité journalière, pour les personnes salariées ou non, dans le cadre d'un accompagnement d'une personne en fin de vie[100], et non d'un handicap à la différence d'un congé de soutien familial. Concernant les personne non salariées, la principale condition à remplir est d'accompagner une personne[101] à domicile[102] justifiant d'une suspension ou d'une réduction de son activité professionnelle[103].

46. **Sur le plan pratique**. C'est par la loi n°2010-209 du 2 mars 2010[104], qu'est déclarée la création d'une allocation journalière d'accompagnement des personnes en fin de vie, afin de "*permettre aux proches d'une personne en fin de vie d'interrompre ou de réduire leur activité pour l'accompagner dans les ses derniers moments*"[105]. Cette allocation,

[99] http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-un-proche-en-fin-de-vie/l-8217-allocation-journaliere-d-accompagnement.php

[100] "*Le congé de solidarité familiale permet au salarié d'assister un proche gravement malade. Ce congé n'est en principe pas rémunéré par l'employeur, mais des dispositions prévoient le versement, par l'Assurance Maladie, de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie."*
http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-un-proche-en-fin-de-vie/l-8217-allocation-journaliere-d-accompagnement.php

[101] Cf. C.travail, art. L3142-16.

[102] "*Si vous accompagnez à domicile une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, vous pouvez bénéficier de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie*" ... "*L'accompagnement peut se faire : au domicile de la personne accompagnée ; à votre domicile ; au domicile d'un tiers ; en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'allocation ne peut être versée en cas d'hospitalisation sauf si l'hospitalisation intervient après le début de l'accompagnement à domicile*." Cf. C.travail, art. L3142-16.

[103] "*sous réserve : ... si vous êtes non salarié, d'avoir suspendu ou réduit votre activité professionnelle."*
http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-un-proche-en-fin-de-vie/l-8217-allocation-journaliere-d-accompagnement.php

[104] JORF, 03/03/2012 p.4310.

[105] Circulaire n° DSS/2A/2011/117 du 24 mars 2011 relative au régime juridique applicable à l'allocation d'accompagnement en fin de vie

initialement mis en application par le décret 2011-50 du 11 janvier 2011[106] puis réévaluée par le décret 2013-12 du 04 janvier 2013[107] est perceptible par les personnes exerçant une profession libérale qui ont suspendu ou réduit leur activité professionnelle, en application des articles L.168-1 du Code de la Santé publique. Cette allocation est égale à 54.17€[108] brut par jour pour une durée maximale de 21 jours dans le cas d'une interruption complète[109] d'activité, elle sera de 50% de sa valeur (soit 27.08€ brut par jour) pour une durée de 42 jours en cas d'interruption partielle[110].

47. **Les principaux objectifs**. Il s'agissait, selon la Circulaire n° DSS/2A/2011/117 du 24 mars 2011 relative au régime juridique applicable à l'allocation d'accompagnement en fin de vie, d'une proposition de loi "*portée par quatre députés issus de chacun des groupes politiques de l'Assemblée nationale, dont Monsieur Jean Léonetti (UMP)*" d'assurer les quatre principaux objectifs d'accompagnement d'une personne en fin de vie, c'est à dire : "*favoriser l'accompagnement ... à domicile*" ; "*faciliter le travail d'accompagnement par des proches*" ; "*résoudre les difficultés liées à l'existence de situations ... inégales entre les personnes ayant les moyens de s'arrêter ... et les autres*" ; "*prévoir un dispositif cohérent ... pour les salariés ... les travailleurs indépendants ainsi que les chômeurs...*" ; proposition de loi votée à l'unanimité par la majorité et l'opposition de l'époque, selon la dite circulaire.

48. **En faire la demande**. Afin d'uniformiser et simplifier les prises en charge de cette allocation, l'ensemble de la gestion a été centralisée dans la Creuse en un unique

[106] JORF 14/01/2011 p.792
[107] JORF 06/01/2013 p.431
[108] Revalorisation au 07 janvier 2013.
[109] "*L'accompagnement d'une personne en fin de vie donne droit à 21 allocations journalières au maximum (article L. 168-8 du CSS)"* Circulaire n° DSS/2A/2011/117 du 24 mars 2011 relative au régime juridique applicable à l'allocation d'accompagnement en fin de vie
[110] "*...ou 42 demi-allocations dans el cas où l'accompagnant réduit son activité (article D. 168-8 du CSS*)" Circulaire n° DSS/2A/2011/117 du 24 mars 2011 relative au régime juridique applicable à l'allocation d'accompagnement en fin de vie

organisme : le CNAJAP[111]. C'est après en avoir fait la demande par formulaire, auquel sera joint une déclaration sur l'honneur de cessation ou de diminution de son activité, que le médecin libéral pourra prétendre à percevoir cette indemnité pour la durée choisie (21 jours d'allocations pleines ou 42 jours de demi-allocations)[112]. Cette allocation prend alors fin lorsque que le nombre maximal d'allocations est atteint ou à compter du jour suivant le décès de la personne accompagnée[113]. Il sera porté à l'attention du lecteur que le taux d'imposition de cette indemnité s'éleve à : 7.5% de CSG[114] et 0.5% de CRDS[115] selon la même circulaire[116]

49. **Une aide pour son aide**. Ainsi, nous venons de voir précédemment que le médecin, même dans sa condition de travailleur libéral, peut bénéficier d'une aide s'il se retrouve, un jour, dans la situation de principal aidant d'une personne en fin de vie. C'est alors que cet érudit, qui doit prendre soin de ses patients en fin de vie, mais aussi de leur principal aidant, pierre angulaire du confort du patient, se retrouve lui même aidé, soulagé et épaulé dans sa mission fondamentale de principal aidant.

[111] Centre National de gestion de l'Allocation Journalière d'Accompagnement d'une Personne en fin de vie.
[112] Cf. C. travail, art. D3142-9.
[113] Cf. C. sécu. sco, Art L.168-4
[114] Contribution Sociale Généralisée
[115] Contribution à la Réduction de la Dette Sociale.
[116] Circulaire n° DSS/2A/2011/117 du 24 mars 2011 relative au régime juridique applicable à l'allocation d'accompagnement en fin de vie.

Titre 2 : Interruption Temporaire et Involontaire

50. **Un petit temps non désiré ?** Nous venons de voir qu'un médecin libéral peut, à tout instant, franchir cette frontière, parfois si mince, entre le médecin et le principal aidant. Mais qu'en serait il, si l'espace d'un temps, il passait la frontière pour devenir l'être aidé ? Evidemment, il ne sera pas question dans cette partie d'une maladie ou d'un accident au pronostic sombre, puisque par définition l'interruption d'activité inhérente, dans ce cas, ne serait pas temporaire. Il revient à l'auteur de présenter et de détailler, ici, les causes de toutes interruptions d'activité de médecine libérale, temporaires et involontaires.

51. **Un contretemps**. Avant de détailler l'ensemble de ces types de cessation d'activité, voyons celles qui pourraient être à même de toucher le plus le lecteur médecin. En effet, il existe une multitude de situations dans lesquelles un médecin libéral pourrait être contraint d'interrompre son activité professionnelle. De la plus courante, l'incapacité temporaire totale pour maladie, à la plus improbable, conditions exceptionnelles et catastrophes naturelles, en passant par les immanquables et tant redoutées, suspension temporaire de droit d'exercer et sanctions disciplinaires, au plus insolites, peine de prison pour délit ou crime commis, nous essayerons d'exposer le plus clairement ces différentes situations.

52. **Un temps relatif**. Au cours de la lecture de ce travail, il sera certainement remarqué qu'il est parfois difficile de séparer, de façon clairement objective, une situation temporaire d'une définitive, quand ces dernières portent sur le même thème. Ainsi une même maladie, et toutes les différentes formes d'expression qu'elle peut prendre, peut occasionner une multitude de situations différentes, allant du simple arrêt temporaire, en passant par l'incapacité partielle permanente ou non, jusqu'à la cessation définitive. C'est pourquoi,

l'auteur se réserve le privilège relatif de classer, au mieux, et de façon la plus uniforme possible, ces différentes situations, en évitant si possible les redondances.

Chapitre 1 : Maladie "Aigue" / Incapacité Temporaire Totale

53. **Un cordonnier bien mal chaussé**. Selon l'étude : "le médecin malade" (Rapport de la Commission nationale permanente[117]) réalisée lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008, avis fondé sur la thèse de médecine général "la santé des généralistes" par Laurence Gillard[118], il semble que les "*médecins respectent très bien, dans l'ensemble, les recommandations en matière de santé, mais ils n'ont pas d'interlocuteur. Cette solitude est responsable de l'idée médiocre qu'ils se font de leur état de santé et de la multiplication des examens ... 90% n'ont pas de médecin traitant ... 86% se prescrivent leur traitement psychotrope ... 31% ressentent le besoin d'un soutien psychologique*". Aussi, si lui même ne prend la mesure de la gravité de sa situation, qui le fera pour lui ? Tentons d'y répondre...

54. **Un "pis lié" pour le médecin**. Selon l'article[119] de Cécile Manaouil[120], Anne-Sophie Pruvot[121] et Olivier Jardé[122], du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens : " *Il existe différentes situations au cours desquelles un médecin (libéral ou praticien hospitalier) est contraint d'interrompre son activité professionnelle. Que ce soit un arrêt de travail pour maladie, insuffisance professionnelle ou invalidité, les procédures sont souvent méconnues des médecins eux mêmes...*" C'est pourquoi il semble important ici, de rappeler le pilier fondamental commun à ces différents cas de figures, avant de détailler les quelques point particuliers à chacun.

[117] Par les Drs Bertrand LERICHE (Rapporteur), Marc BIENCOURT, Patrick BOUET, Monique CARTON, Piernick CRESSARD, Jean-Marie FAROUDJA, Jacques LUCAS , Francis MONTANE, Jean-Claude MOULARD

[118] La santé des généralistes : D.E.S. de MEDECINE GENERALE Présentée et soutenue le 29 août 2006 par Laurence Gillard. Université René Descartes.

[119] "*La Cessation involontaire d'activité du médecin : arrêt de travail et suspension du droit d'exercer*." du 15 mars 2006. Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

[120] Maître de conférences en médecine légale et de droit de la santé. Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

[121] Externe. Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

[122] Professeur en médecine légale et droit de la santé. Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

55. **Mais ou et donc or ni CARMF**. Bien que l'acronyme ne mette en avant que l'aspect de "*Caisse... de Retraite...* ", il est important de signaler le rôle de prévoyance, de cet organisme, dans la prise en charge et la couverture des médecins, concernant l'incapacité temporaire d'exercice, par la couverture du régime "invalidité-décès". Par ailleurs il est d'autant plus important de noter que ces indemnités (au même titre que les cotisations, en dehors des bases forfaitaires des deux premières années[123]) ne seront pas les mêmes pour tous les médecins. En effet, selon le site internet de la CARMF, cette dernière divise les médecins en trois classes différentes : La classe A[124] qui concerne les médecins dont le revenu est inférieur à 1 PSS[125] ; La classe B[126] qui concerne les médecins dont le revenu est compris entre 1 PSS et 3 PSS ; et la classe C[127] qui concerne les médecins dont le revenu est supérieur ou égal à 3 PSS.

Une fois cette distinction de classe établie, il convient de déterminer le taux de l'indemnité auquel on peut prétendre, en fonction de sa classe. Le taux peut être normal ou réduit en fonction de son âge absolu et relatif à celui du départ en retraite. Afin de rester le plus clair possible, il sera réalisé le listing ci-dessous, inspiré d'un tableau provenant du site internet de la CARMF.

---

[123] "*Cotisations provisionnelles en début d'exercice libéral ... En l'absence de revenus non salariés sur l'avant-dernière année, les cotisations pour les deux premières années d'affiliation, sont calculées sur des bases forfaitaires : 594 € en première année d'affiliation, calculée sur un montant forfaitaire correspondant à 19 % du plafond de la Sécurité sociale (PSS)* au 1er janvier 2012, soit 6 911 € x 8,6 % ... 907 € en deuxième année d'affiliation, calculée sur 29 % du plafond de la Sécurité sociale (PSS)* au 1er janvier 2012, soit 10 548 € x 8,6 % ... Si le médecin estime que son revenu pour 2012 sera inférieur aux montants indiqués ci-dessus, il peut cotiser à titre provisionnel sur la base de 1 844 €, correspondant à 200 fois le montant horaire du Smic. Le médecin doit adresser une demande écrite à la CARMF dans les soixante jours qui suivent l'appel des cotisations."* http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=coti-vos_cotis.htm

[124] "*Régime invalidité-décès : ... La cotisation forfaitaire ... la classe A s'élève à 604 € et concerne les médecins dont le revenu est inférieur à 1 PSS*"

[125] Plafond de la Sécurité Social, évaluée à 36 372 pour l'année 2012.

[126] "*Régime invalidité-décès : ... La cotisation forfaitaire ... la classe B à 720 € pour les revenus égaux ou supérieurs à 1 PSS et inférieurs à 3 PSS*"

[127] "*Régime invalidité-décès : ... La cotisation forfaitaire ... la classe C d'un montant de 836 € pour les revenus égaux ou supérieurs à 3 PSS.*"

56. **Durée et Taux de versement** :

Dans le cas d'un médecin **n'ayant pas atteint** l'âge minimum pour la retraite du régime de base : Versement de l'indemnité jusqu'à 36 mois consécutifs ou discontinus au **taux plein**, puis pension d'invalidité[128].

Dans le cas d'un médecin **ayant atteint** l'âge minimum pour la retraite du régime de base : Versement de l'indemnité jusqu'à 12 mois consécutifs au **taux plein**, puis retraite pour inaptitude ou nouvelle période de 24 mois[129] au **taux réduit**,

Dans le cas d'un médecin âgé de **plus de 65ans** : mise à la retraite ou attribution des prestations journalières à **taux réduit** pour une période maximale entre 12 et 24 mois (ou 36 mois si la date d'effet est antérieure au 65e anniversaire)[130]

Au total, les perceptions sont : pour un médecin de classe A égales à 62.15€ (Taux plein) ou 31.75€ (Taux réduit) ; pour un médecin de classe B égales à 93.20€ (Taux plein) ou 47.65€ (Taux réduit) ; pour un médecin de classe C égales à 124.30€ (Taux plein) ou 63.50€ (Taux réduit)

57. **Plus de plus, mais aussi moins de moins**. En plus des émoluments perçus, le médecin peut, faire la demande d'une exonération de charge pour raison de santé. C'est ainsi que la CARMF précise : "*La demande d'exonération de cotisations pour raison de santé doit être adressée au service médical de la CARMF avec la mention « Confidentiel » au plus tard avant le 31 mars de l'année suivante. Un certificat médical détaillé, établi par le médecin*

[128] Sur décision de la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice, structure interne de la CARMF.
[129] *Ibidem*.
[130] *Ibidem*.

traitant, comportant les dates exactes d'arrêt et éventuellement de reprise de travail, doit être joint à cette demande. Dans les régimes de base et complémentaire, les exonérations sont accordées en fonction de la durée d'arrêt de travail."[131] Cette allégement prend effet sur le régime de base : "*En cas d'incapacité totale d'exercice de six mois, le médecin est totalement exonéré du paiement de la cotisation annuelle et 400 points de retraite lui sont attribués. Si le médecin est en exercice et en invalidité à 100 %, entraînant pour lui l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaire de la vie, la cotisation annuelle est due mais 200 points de retraites supplémentaires lui sont attribués.*"[132] Mais aussi sur le régime complémentaire : "*L'exonération de la cotisation annuelle est totale pour six mois d'arrêt de travail. Cependant, 4 points de retraite sont attribués. Cette exonération est de 50 % de la cotisation annuelle pour trois mois d'arrêt avec attribution de 2 points de retraite. Le médecin en exercice invalide à 100 % entraînant pour lui l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, a droit à une exonération de la moitié de sa cotisation.*"[133]

58. **Un bémol**. Sur cette base commune à toutes les causes *de "maladie ou d'accident provoquant une incapacité temporaire d'exercer... quelconque"*[134], il est important de préciser que l'ouverture des droits aux indemnités (selon la classe de cotisation et le taux à percevoir) ne sera ouvert qu'à partir du 91e jour d'arrêt de travail.

59. **Conditions d'ouverture des droits et formalités**. S'il est à jour de ses cotisations[135], c'est après avoir cessé son activité, pour cause de maladie ou d'accident, que le

[131] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=coti-vos_cotis.htm. Mis à jour 2013.
[132] *Ibidem*.
[133] *Ibidem*.
[134] http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/prev/prevoyance.htm. Mis à jour 2013.
[135] "*Être à jour des cotisations. À défaut les droits sont ouverts au 31e jour suivant la date de mise à jour du compte s'il n'y a pas eu de reprise d'activité... En cas de maladie ou d'accident antérieur à l'affiliation à la*

médecin doit avertir, au plus tôt, la CARMF, et ce même si l'arrêt estimé est inférieur à 90jours. En effet, il est du ressort du médecin concerné de ne pas négliger la possibilité de prolongation ou rechute de la dite pathologie[136]. Cet arrêt devra être déclaré dans les deux mois suivant la date de cessation[137], sous pli cacheté, avec un certificat médical indiquant "*la date de l'arrêt, la durée probable de l'incapacité temporaire totale et la nature de la pathologie cause de cet arrêt*".

60. **Un paiement sous contrôle**. Un autre point important à préciser, pour cette partie, est l'existence d'une nuance apportée lors de la lecture du site internet de la CARMF, que l'auteur juge suffisante pour qu'elle bénéficie d'une mise sous les projecteurs : "*Les indemnités journalières sont payées mensuellement, à terme échu, par virement à un compte bancaire. Pour éviter tout retard dans le paiement le médecin doit envoyer à la Caisse, à partir du 27 de chaque mois : une déclaration sur l'honneur attestant ne pas avoir exercé une profession quelconque depuis la date de son arrêt de travail initial ou rechute ; un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant, constatant la continuité de l'incapacité temporaire totale, sous pli cacheté, revêtu de la mention ''confidentiel'', au nom du Service médical de la CARMF ... Ce certificat médical peut bien entendu couvrir une prolongation*

CARMF, des indemnités journalières à des taux réduits sont versées en accord avec les conditions statutaires"
http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/prev/prevoyance.htm

[136] "*En cas de cessation d'activité pour cause de maladie ou d'accident provoquant une incapacité temporaire d'exercer, il faut aviser la CARMF le plus tôt possible, même s'il est estimé que la durée de la cessation d'activité sera inférieure à 90 jours, pour le cas où l'arrêt de travail se prolongerait ou si une rechute intervenait moins d'un an après la dernière reprise d'activité*"
http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/prev/prevoyance.htm

[137] "*(ou dans les 15 jours s'il s'agit d'une rechute), faute de quoi le point de départ du droit à cette prestation ne peut être fixé qu'à compter du 31e jour suivant la déclaration ou 15e jour s'il s'agit d'une rechute (sauf dérogation accordée par la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice)*"
http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/prev/prevoyance.htm

d'arrêt total de travail supérieure à un mois."[138] Pour son plus grand confort, le lecteur en est averti.

61. **Possibilité de reprise progressive**. L'objet n'est pas de détailler de façon complète les démarches et les conditions de cette éventualité, mais simplement d'en préciser l'existence. C'est ainsi qu'on peut le lire sur le site internet de la CARMF : "*Afin d'aider le médecin qui a observé une longue période de cessation d'activité à renouer avec un environnement dont l'avait privé sa maladie, la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice peut décider pour une période de trois mois, (exceptionnellement renouvelable une fois), de permettre au médecin une reprise d'activité progressive, tout en lui conservant le bénéfice de l'indemnité journalière.*"[139] L'accès à une telle commission sera accompagné par la CARMF sur demande du médecin concerné.

62. **Rechute**. En deux mots, il est ici question de préciser que dans le cadre d'une rechute, de la maladie ayant ouvert des droits à la prévoyance de la CARMF, cette dernière relance les aides pour des délais plus courts. C'est ainsi qu'est précise : "*Toute rechute de la même maladie (ou même accident) intervenant moins d'un an après le premier arrêt, est indemnisée au 15e jour, sous réserve que la déclaration de rechute ait bien été déclarée dans les 15 jours de sa survenance. À défaut, elle est indemnisée au 15e jour de la déclaration (sauf avis contraire de la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice).*"[140]

63. **De la couverture aux impôts**. Pour apporter quelques précisions et terminer sur ce pilier fondamental, commun aux interruptions temporaires involontaires, voici quelques informations à noter, pouvant intéresser le lecteur mais ne justifiant pas d'un détail complet.

[138] http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/prev/prevoyance.htm. Mis à jour 2013.
[139] *Ibidem*.
[140] *Ibidem*.

La CARMF précise sur son site internet que : "*Le médecin a la possibilité de céder son cabinet médical, de le fermer ou de prendre un remplaçant.*" ; "*Il convient de signaler la cessation d'activité pour raison de santé à la Caisse d'assurance maladie en vue de la régularisation du dossier et du maintien de la couverture sociale. Le médecin doit également l'aviser en temps utile de la date de reprise de ses activités.*" ; "*La contribution sociale généralisée (CSG) de 6,60 % est prélevée sur le montant total brut des prestations journalières, sauf cas d'exonération en cas de non imposition. La contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) de 0,50 % est également prélevée sur le montant brut de la prestation, sauf cas d'exonération en cas de non imposition. Les indemnités journalières versées par la CARMF sont soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des pensions.*"[141]

64. **Un médecin "carencé"**. Ainsi, nous avons vu que, quelle que soit la cause de l'état pathologique d'un médecin libéral, dans le cadre d'une cessation d'activité temporaire, il y a une prise en charge de ce dernier sur le plan financier, en fonction de ses cotisations mais surtout de son âge absolu ou relatif à sa retraite. Evidemment, il facile de juger le délai de 91 jours de carence très difficile à gérer sur le plan du budget du médecin, tant pour ses charges professionnelles, en cours pour les années passées, que pour les charges personnelles. Aussi il lui revient, d'être prévoyant sur le sujet, c'est pourquoi l'auteur ne peut que mettre en garde le lecteur médecin, et le renvoyer au titre des régimes complémentaires de ce travail.

65. **Couverture santé**. Dans le cadre d'une interruption involontaire temporaire de cessation d'activité, la notion de maladie fait très largement écho. Qui dit "maladie" dit "dépense de soins". Aussi dans le paragraphe ci-dessus, nous venons de voir que le médecin libéral était carencé, de 91 jours. C'est pourquoi l'auteur juge important de rappeler que dans

[141] http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/prev/prevoyance.htm. Mis à jour 2013.

le cadre du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), l'assurance maladie ne couvre pas les indemnités pour arrêt de travail en cas de maladie[142]. Mais, elle permet cependant au bénéficiaire libéral de jouir d'un remboursement de ses soins[143].

66. **Et les malades du malade ?** En effet, quand bien même le médecin cesserait son activité, "*quel que soit la cause de l'état pathologique*", il est important de s'interroger sur le devenir de la clientèle du dit médecin. Dans l'air des sacro-saintes sœurs "continuité" et "permanence" des soins, peut on apporter une réponse claire à cette question ? C'est en ce sens qu'il est précisé que concernant la "*Situation du cabinet médical ... Le médecin a la possibilité de céder son cabinet médical, de le fermer ou de prendre un remplaçant.*"[144] alors même qu'il perçoit des indemnités journalières dans le cadre de sa cessation d'activité. Les conditions de ce remplacement seront alors vu en deuxième partie de ce document, mais il permet en outre de parer le manque financier induit par la carence de 90 jours vue ci-dessus[145].

Cependant, les quelques paragraphes précédents ne précisent que la prise en charge par la CARMF et la CPAM, dans le cas général d'un arrêt d'activité pour maladie au sens large. Aussi, pour que ce travail apporte plus d'éléments préventifs, et curatifs, de situations pathologiques pour un médecin en cessation d'activité, il convient d'en citer quelques unes non négligeable, sur le plan de leur probabilité d'apparition, mais aussi sur le plan des dommages qu'elles pourraient créer.

---

[142] " *Si vous relevez du régime d'assurance maladie des PAMC, vous n'avez pas le droit à des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, ni aux prestations des assurances invalidité et accident du travail*." http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-praticien-ou-auxiliaire-medical.php ; Cf. sécu. sociale, art L722-1.

[143] *" Vous pouvez bénéficier : ... du remboursement de vos soins...*" http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-praticien-ou-auxiliaire-medical.php

[144] http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/prev/prevoyance.htm

[145] Cf. Paragraphe n°64

Chapitre 2 : Grossesse pathologique

67. **"Allo maman bobo"**. Bien qu'elle puisse créer la surprise de certaines lectrices ou de femmes médecins, depuis le décret n° 2006-644 du 1er juin 2006[146], la prise en charge des professionnelles libérales, qui relèvent du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés dans le cadre de la maternité, au même titre que les femmes salariées, n'est pas en reste concernant les états pathologiques de la grossesse. Les détails du contexte d'un déroulement normal de cette gestation ayant été vus ci-dessus[147], voyons la prise en charge d'une femme médecin enceinte victime d'une pathologie liée à une grossesse.

68. **Simple simplicité**. D'une redondance à une autre, rappelons que la CARMF ne verse aucune indemnité journalière lors d'une cessation d'activité pour une grossesse sans complication, au titre du régime "invalidité-décès". Cependant, elle fait bénéficier à la future maman d'avantages concernant le régime "de base"[148] et le régime "complémentaire vieillesse"[149]. En outre, rappelons que concernant la CARMF : "*quel que soit la cause de l'état pathologique d'un médecin libéral, dans le cadre d'une cessation d'activité temporaire, il y a une prise en charge de ce dernier sur le plan financier*"[150]. C'est ainsi qu'il est précisé sur son site internet : "*La CARMF ne verse pas d'indemnités journalières lors d'un arrêt de travail pour une grossesse sans complication. En revanche, elles sont versées en cas d'arrêt de travail de plus de 90 jours impliquant l'existence d'un état pathologique. Le médecin est alors*

[146] Décret n° 2006-644 du 1er juin 2006 relatif aux prestations maternité des professionnelles de santé relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et modifiant le code de la sécurité sociale, JORF 02/06/2006, p.8341.
[147] Cf. Paragraphe n°26
[148] Cf. Paragraphe n°31
[149] Cf. Paragraphe n°31
[150] Cf. Paragraphe n°64

indemnisé selon les conditions statutaires à partir du 91e jour"[151] Ne faisant, ainsi, pas de différence entre les états pathologiques pouvant être à l'origine d'une cessation d'activité.

Dès lors qu'une femme, médecin libéral, enceinte, se retrouvant dans une situation de grossesse pathologique sera prise en charge sur le plan financier et sur le plan de la couverture sociale. Aussi, il convient de rappeler, dans ce contexte, la possibilité d'adhérer à des prévoyances, prévues par des organismes privés ou non, afin de couvrir les pertes issues d'une carence de 90 jours dans le cadre du régime "invalidité-décès" de la CARMF.

[151] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=coti-vos_cotis.htm

Chapitre 3 : Agression / Accident causé par un tiers

69. **Sous surveillance**. En 2002 fut créé l'observatoire de la sécurité des médecins, mis en place par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce dernier a décidé "*d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle sont confrontés les médecins dans le cadre de leur exercice professionnel.*"[152]. Dans cette optique, et selon le site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins, l'observatoire de la sécurité a pour vocation de "*Recueillir les déclarations d'agression des médecins pour évaluer le niveau d'insécurité subie sur le terrain*" ; "*Créer et renforcer les coopérations de sensibilisation et de traitement des incidents avec les autorités concernées (Justice, Sécurité intérieure, Police, Gendarmerie, Santé et Collectivités Locales)*" ; "*Améliorer ainsi prévention et traitement des agressions à l'encontre des médecins et de leurs salariés*".

Concernant les résultats de l'année 2011[153], le Conseil national de l'Ordre des médecins précise qu'il semble exister un léger recul de la victimation[154], bien que le nombre de déclaration reste bien supérieur à la moyenne nationale des déclarations depuis la création du service[155]. Pour la nature de ces agressions, il semble que les résultats de l'étude de 2011 mettent en évidence une augmentation des agressions verbales, associée à une diminution des agressions physiques et des vols qui restent cependant la deuxième cause de sinistre[156]. Par

[152] http://www.conseil-national.medecin.fr/article/observatoire-de-la-securite-des-medecins-2010-des-actes-de-violences-en-leger-recul-mais-des-efforts-1172

[153] Observatoire pour la sécurité des médecins, Recensement national des incidents 2011 (CNOM)

[154] Nombre d'incidents déclarés sur le nombre de médecins inscrits au tableau.

[155] "*Les résultats* de l'Observatoire *de la sécurité des médecins 2011 montrent un léger recul du nombre de violences à leur égard (822 en 2011 contre 920 en 2010) et du taux de victimation (0,41 pour 0,46 en 2010). Néanmoins, ces constats positifs sont à pondérer par un nombre de déclarations d'incidents bien supérieur à la moyenne nationale (651), et par un déficit de dépôt de plainte qui s'accentue de manière inquiétante (régression de 4% par rapport à 2010)."* http://www.conseil-national.medecin.fr/article/observatoire-de-la-securite-des-medecins-2010-des-actes-de-violences-en-leger-recul-mais-des-efforts-1172

[156] "*Concernant la nature des actes, le CNOM constate une montée en puissance notable du taux d'agressions verbales depuis 2007 (70% des déclarations en 2011 contre 63% 2010 et 47% en 2007), qui représentent toujours le premier caractère de sinistralité. En revanche, les vols à l'encontre des médecins connaissent une légère baisse tout en constituant la deuxième cause de sinistre (23% des déclarations). Si on peut également*

ailleurs, concernant les principales victimes ciblées, les médecins généralistes conservent leur triste place de leader sur le nombre d'agressions subies[157]. Enfin, sur un plan géographique, les médecins de la Seine Saint Denis reste, de manière constante, les principales victimes d'agression. C'est ainsi qu'ils sont, à eux seuls, à l'origine de 8.2% des déclarations remises à l'observatoire[158].

Concernant les causes de ces agressions, le Conseil national de l'Ordre des médecins précise, en s'appuyant sur les résultats de la même études : "*Parmi les facteurs expliquant les agressions à l'égard des médecins, le reproche d'une mauvaise prise en charge est la cause la plus alléguée (212 cas concernés sur les 822 déclarations recensées). Les tentatives de vols ou encore le refus de prescription et un temps d'attente jugé excessif sont les causes les plus citées.*"[159]

Mais pour en revenir à notre sujet, concernant la cessation d'activité d'un médecin libéral, il est important de souligner que l'étude réalisée, en 2011, par l'observatoire pour la sécurité des médecins, révèle que 8% de ces incidents ont occasionné une interruption de

---

dénoter une baisse des agressions physiques (13% en 2010 contre 16% en 2009), le CNOM s'inquiète de voir les incidents en milieu urbain et centre-ville augmenter significativement depuis 4 ans (55% des agressions en 2011 contre 44% en 2008)." http://www.conseil-national.medecin.fr/article/observatoire-de-la-securite-des-medecins-2010-des-actes-de-violences-en-leger-recul-mais-des-efforts-1172

[157] "*Les résultats dévoilent que **les** généralistes restent les plus touchés par l'insécurité, représentant 60% des médecins agressés alors qu'ils ne sont que 55% de la population médicale. Si les ophtalmologistes constituent toujours la spécialité (hors généralistes) la plus affectée par les agressions, on constate une hausse importante d'agressions (+ 5%) envers les gynécologues obstétriciens, deuxième spécialité la plus affectée (elle occupait la 5e position en 2010). Suivent les psychiatres, les médecins du travail et les dermatologues."* http://www.conseil-national.medecin.fr/article/observatoire-de-la-securite-des-medecins-2010-des-actes-de-violences-en-leger-recul-mais-des-efforts-1172

[158] "*Depuis ces cinq dernières années, le département de la Seine Saint-Denis reste en tête des déclarations d'incidents, comptant 67 des 822 déclarations recensées par l'étude. Ce département est suivi par le Nord, qui connait une baisse de sinistralité par rapport à l'année dernière (44 en 2011 contre 70 en 2010), l'Isère (34), Paris (33) et le Val d'Oise (31). Mais c'est au regard du taux de victimation départemental, que l'on peut concrètement identifier les départements les plus impactés par l'insécurité : la Seine Saint-Denis conserve la première place avec un taux de 1,77%, suivie des Hautes-Pyrénées (1,19), de l'Aisne (1,17), de la Loire (1,12), du Val d'Oise (1,07) et du Loiret (1,05)."* http://www.conseil-national.medecin.fr/article/observatoire-de-la-securite-des-medecins-2010-des-actes-de-violences-en-leger-recul-mais-des-efforts-1172

[159] http://www.conseil-national.medecin.fr/article/observatoire-de-la-securite-des-medecins-2010-des-actes-de-violences-en-leger-recul-mais-des-efforts-1172

travail. Afin de permettre de juger de la sévérité de ces atteintes, il faut préciser que dans les 8% considérés, un quart avait subi une interruption de travail supérieure à huit jours[160]. Ainsi, il semble que la considération de cet état de cessation d'activité pour un médecin libéral n'est pas qu'un simple détail.

70. **"Pretium doloris"**. Ne soyons pas dupes, il semble peu probable que la prise en charge financière d'une telle cessation d'activité puisse relever d'un dédommagement de la CARMF, au titre du régime "invalidité-retraite". En effet, une carence de 90 jours limite très rapidement le recours à ce régime dans le cadre d'agression, à moins que cette dernière soit d'une extrême violence. Dans ce dernier cas, soit il s'agit d'une interruption temporaire supérieure à 90 jours et il faudra se référer au paragraphe "Maladie Aigue / Incapacité Temporaire Totale"[161], soit la cessation sera considérée comme définitive (Décès, incapacité permanente partielle...) et il faudra se référer à la deuxième partie du présent travail. Dans le cas d'une interruption inférieure à 90 jours, il sera alors important de mettre œuvre les prévoyances que nous verrons par la suite.

D'une façon générale, il est fortement recommandé de déclarer cet état à l'Ordre des Médecins du département, qui peut selon l'étude du dossier, mettre à disposition une entraide, conseiller et orienter les démarches judiciaires et de prise en charge du cabinet médical. Mais il faut également penser à faire une déclaration à la CPAM. En effet, relevant du régime des "praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés" (PAMC) l'ensemble des soins sera alors pris en charge par la sécurité sociale au taux de remboursement en vigueur. Toutefois, dans le cadre d'un accident causé par un tiers, l'assurance maladie précise sur son site internet : "*Lors d'un accident causé par un tiers, vous êtes la victime : c'est la responsabilité d'un autre qui*

[160] Observatoire pour la sécurité des médecins, Recensement national des incidents 2011 (CNOM)
[161] Cf. Paragraphe n° 50

est engagée ! Pensez à le déclarer à votre caisse d'Assurance Maladie. Elle pourra ainsi se retourner vers la compagnie d'assurance de la personne responsable pour obtenir le remboursement des frais engagés pour vos soins. Rien ne change pour votre prise en charge ou en cas d'arrêt de travail, par exemple ... vous devez déclarer cet accident à votre caisse d'Assurance Maladie dans les quinze jours qui suivent ... Pensez également à informer votre médecin et les autres professionnels de santé (pharmacien, spécialiste, kinésithérapeute, infirmier, etc.) que vous consultez suite à cet accident. Ils cocheront la case « Accident causé par un tiers » sur votre feuille de soins et indiqueront la date de l'accident ... Une démarche indispensable et citoyenne ... Dès qu'elle a connaissance de votre accident, votre caisse d'Assurance Maladie va en étudier les circonstances, pour déterminer les responsabilités de chacun. Ensuite, elle va se mettre en rapport avec le tiers responsable ou sa compagnie d'assurance, afin de se faire rembourser les frais engagés pour vous soigner ou vous indemniser ... Il est donc indispensable que votre caisse d'Assurance maladie ait connaissance de l'accident pour exercer son recours auprès de la personne reconnue responsable ou de sa compagnie d'assurance..."[162]

71. **Et après ?** Le substratum de ce paragraphe ne saura produire ses fruits, que si la décision du médecin considéré s'oriente vers un dépôt de plainte. En effet, s'il veut espérer pleine et entière réparation du préjudice subi, l'agressé devra saisir les autorités compétentes, pour faire valoir ses droits. Cependant qu'en est-il réellement ?

Selon l'observatoire de la sécurité des médecins, en collaboration avec le Conseil national de l'Ordre des médecins, l'étude des agressions sur l'année 2011, révèle qu'une faible minorité des violences considérées aboutissent à un réel dépôt de plainte. En effet, seul

[162] http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-etes-victime-d-un-accident/accident-cause-par-un-tiers.php

34%[163] des déclarations d'incident y ont abouti, auxquels on peut ajouter 15% de réalisation de main courante. Au total, cela laisse 51% d'acte de violence à l'encontre d'un médecin, pour lesquels ces derniers n'ont pas donné suite. Ne serait il pas intéressant, par la réalisation d'un autre travail, de savoir pourquoi il persiste une si faible adhésion procédurière des médecins ? Manque de temps ? Peu d'espoir en une réelle réparation ? Et surtout de mettre en évidence si ces agressions contribuent au risque de stress et *Burn-out* du médecin.

[163] Observatoire pour la sécurité des médecins, Recensement national des incidents 2011 (CNOM)

Chapitre 4 : Stress et Burn-Out

72. **Une vieille fatigue**. C'est ainsi que peut se résumer le *Burn-out syndrome* (BOS) pour les anglo-saxons, le "Kaloshi" pour les japonais, ou plus simplement le syndrome d'épuisement professionnel en France. Selon le travail du docteur I. Gautier, membre du conseil de l'Ordre des médecins de la ville de Paris[164], l'histoire montre que le risque pour la santé de l'acharnement au travail est reconnu depuis plusieurs siècles : "*Au XIVe siècle le stress signifie l'épreuve, l'affliction. Il s'élargit aux notions d'efforts, de contraintes, d'attaque, d'invasion, tout terme qui précise bien ce que ressent une victime ... «consumée » par le travail. En 1768, le Dr Tissot[165] décrivait les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé ... Selye en 1936[166], et Cannon[167] en 1942 définissent la physiopathologie du stress. En 1959, Claude Veil[168] psychiatre développe le concept d'épuisement professionnel. Dans les années 70, un psychanalyste américain, Herbert J. Freudenberger[169] nomme « Burn-Out Syndrome » l'état d'épuisement qui atteint des soignants très investis ... L'épuisement provient d'un stress permanent et prolongé lié aux impératifs d'ajustements à des contraintes lourdes, aux difficultés organisationnelles et/ou à l'adaptation à de nouvelles procédures thérapeutiques. Pour le Dr Pierre Canoui[170] ... Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants est d'abord une pathologie de la relation ... (qui) pose le problème éthique de la relation d'aide ... Ainsi que le souligne le Pr Jean Bernard ... la médecine n'est pas seulement la biologie moléculaire, c'est l'amour de son prochain ...*"

[164] Burn-out des médecins : Docteur I. GAUTIER membre du conseil, paru dans le bulletin du conseil départemental de l'Ordre des médecins de la ville de Paris, Mars 2003 - N°86-
[165] Tissot : « de la santé des gens de lettres » aleXitère/Valegues/12430 Ayssènes, 1991
[166] Selye, H – A syndrom produced by divers noucuous agents. Nature -1936, Vol 138, n°2.
[167] Cannon, W.B. – Woodoo death. – *American anthropologist*, 1942, Vol 44.
[168] Veil, Claude – Les états d'épuisement. – *Concours médical*, 1959, p. 2675-2681.
[169] Freunberger, H.J. – Staff burn out. Journal of social issue, 1970, 30 (1), 159-165.
[170] Canoui, Pierre, Mauranges, Aline – Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses. – Paris : Masson, 1998. / Canoui, Pierre – Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou Burn out syndrome. le Carnet Psy, juin 1998.

73. **Un piège bien élaboré**. Selon les écrits du Docteur CARTON Monique, il semble exister un lien, indéniable, fort, entre l'art médical et son pratiquant, existant à l'aube de sa vocation. C'est donc ainsi qu'elle le définit : " *L'entrée dans les études médicales se fait à travers les performances scientifiques des bacheliers. Dès lors, les étudiants sont soumis à un travail intellectuel lourd, les faisant entrer dès le début dans une compétition très dure car ils se savent exclus et non ré orientables s'ils ne peuvent passer le seuil de la 2éme année. Le stress est la 1ère épreuve à laquelle ils sont soumis ... Passé cet obstacle, ils vont entrer dans une formation stimulante mais élitiste où la relation au patient ... va souvent passer à l'arrière plan d'une préoccupation plus scientifique que relationnelle du métier : Ils vont perdre le contact avec le patient ressenti comme un cas et dont la dimension environnementale va leur échapper la plupart du temps. Au décours du cursus ... le plus souvent hospitaliers, ils vont être amenés à faire des choix d'exercice ne connaissant guère que celui de l'hôpital ... bien loin du monde des patients qui vivent dans des conditions infiniment diverses au dehors ... Elevé comme un individu étayé par un savoir universitaire durement acquis, plutôt scientifique malgré un métier fondé sur la relation...*" [171]

Alors même qu'un étudiant en médecine passe toutes ses années d'études dans ces conditions, il se retrouve au premier plan d'un travail médical auquel il n'a pas été préparé : "*Va-t-il réaliser , dans sa pratique ce qu'il a appris ou va-t-il découvrir un univers d'exercice pluri factoriel dont il n'aurait pas la clef ? ... Ce jeu de relation, et parfois de pouvoir, voire de préséance, ne fait pas partie du programme d'enseignement du CHU où tout au plus l'étudiant a assisté, amusé ou atterré, aux luttes d'influence des chefs de service entre eux ... Formé à détailler les symptômes à la recherche du bon diagnostic, il va devoir commencer*

[171] Le médecin malade : Ordre National des médecins, rapport de la commission nationale permanente, adopté lors des Assises du 28 juin 2008. Rapporteur Dr LERICHE avec la participation des Drs Marc BIENCOURT, Patrick BOUET, Monique CARTON, Piernick CRESSARD, Jean-Marie FAROUDJA, Jacques LUCAS , Francis MONTANE, Jean-Claude MOULARD

par écouter le langage du patient avant de savoir ce qui l'amène à la consultation: surpris de ne pas lui trouver une pathologie bien définie mais une situation de mal être où s'accumulent les difficultés de travail, de famille, de logement, d'inscription à tel ou tel organisme ... De temps en temps le patient sera porteur d'un syndrome caractéristique, entraînant un diagnostic et une conduite thérapeutique à suivre mais il faudra lui en donner information claire et appropriée, ce qu'il n' a jamais eu l'occasion de voir faire au cours de ses études. Après une longue journée de travail et d'écoute, à jongler avec les multiples formulaires à remplir , les appels téléphoniques et les quelques situations graves pour lesquelles il aura eu de grandes difficultés à trouver une place pour l'hospitalisation, il rentrera chez lui. Epuisé... parfois le temps de route pour rejoindre sa famille va lui permettre de décompresser un peu pour arriver disponible, parfois il va être accueilli par des enfants déjà au lit et une compagne qui le trouve bien tardif car elle veut évoquer avec lui les problèmes de l'école et des enfants ... Dès lors on va voir apparaître pour les médecins installés à la campagne, arrivant dans la tranche d'âge de la cinquantaine, un syndrome d'épuisement associant une charge de travail importante qu'ils avaient déjà depuis longtemps, mais qui perd sa perspective d'être reprise par un successeur, source d'anxiété pour la patientèle et d'inconfort moral pour le médecin"[172]

Cette situation se pérennise, et très lentement le mal distille, jour après jour, son poison, qu'il injecte progressivement, tuant non pas l'homme mais le symbole. Selon un rapport de recherche pour l'Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne[173] : *«Si les médecins débutent avec des identités tournées vers leurs pratiques professionnelles, on observe ensuite un changement drastique au profit des identités tournées sur soi. Sans doute*

[172] Le médecin malade : Ordre National des médecins, rapport de la commission nationale permanente, adopté lors des Assises du 28 juin 2008. Rapporteur Dr LERICHE avec la participation des Drs Marc BIENCOURT, Patrick BOUET, Monique CARTON, Piernick CRESSARD, Jean-Marie FAROUDJA, Jacques LUCAS , Francis MONTANE, Jean-Claude MOULARD

[173] Le concours médical, 16 mars 2002 « Médecins au bord de l'épuisement » Anne Bergogne

ce changement est-il lié aux désillusions que traverse la profession»[174]. En regoupant ce travail à celui du docteur I. Gautier, membre du conseil de l'Ordre des médecins de la ville de Paris[175] : "*Les facultés d'ajustement et d'adaptation dépassées impliquent la mise en place d'attitudes négatives : refus, pessimisme, rigidité, intolérance, ou toute puissance. La perturbation relationnelle se traduit par des attitudes standardisées ou cyniques, une défiance, des rapports impersonnels, déshumanisés, mécaniques. Le médecin a des difficultés à accepter ces symptômes et à se reconnaître dans ces comportements contradictoires. Le berger ne cherche pas à devenir chèvre, comme si, par une mise à distance magique de la maladie, être côté médecin évitait de verser côté malade. Beaucoup parlent d'un changement professionnel, un rêve qui soulage d'un quotidien pénible, mais se taisent sur leur souffrance...*"[176]

74. **Prévenir pour mieux guérir**. Avant de parler des outils à disposition des médecins souffrant d'un syndrome d'épuisement professionnel, il convient de définir les éléments d'alerte, ou facteurs de risque pouvant induire une telle pathologie. Les études publiées sur le sujet, et suscitées, tendent à mettre en avant les risques accrus de développer un tel syndrome chez les médecins aux capacités d'abnégation et d'altruisme les plus aiguisées. En effet, il semble exister une capacité à résister à la fatigue ou à la maladie dans un contexte de personnalité indépendante. Cette personnalité qu'elle soit issue de la nature même du médecin ou par obligation, pousse le vice du perfectionnisme à son paroxysme. Ce point extrême, paradoxalement, entaché d'un désir d'être apprécié à hauteur de ses

[174] Le médecin malade : Ordre National des médecins, rapport de la commission nationale permanente, adopté lors des Assises du 28 juin 2008. Rapporteur Dr LERICHE avec la participation des Drs Marc BIENCOURT, Patrick BOUET, Monique CARTON, Piernick CRESSARD, Jean-Marie FAROUDJA, Jacques LUCAS , Francis MONTANE, Jean-Claude MOULARD

[175] Burn-out des médecins : Docteur I. GAUTIER membre du conseil, paru dans le bulletin du conseil départemental de l'Ordre des médecins de la ville de Paris, Mars 2003 - N°86-

[176] Le médecin malade : Ordre National des médecins, rapport de la commission nationale permanente, adopté lors des Assises du 28 juin 2008. Rapporteur Dr LERICHE avec la participation des Drs Marc BIENCOURT, Patrick BOUET, Monique CARTON, Piernick CRESSARD, Jean-Marie FAROUDJA, Jacques LUCAS , Francis MONTANE, Jean-Claude MOULARD

compétence. Il semble qu'en réalité, et pour la plupart des auteurs, le principal ennemi du médecin dans ce cadre, soit le médecin lui même.

75. **Quand il faut guérir**. L'allié majeur dans une telle situation est l'Ordre des Médecins. La confraternité n'a pas plus besoin de preuve de son existence dans des situations identiques. Très présent sur le plan juridique et financier, l'Ordre des Médecins est l'outil multifonction d'accompagnement, de conseil et d'orientation. Qu'il s'agisse d'aide pour trouver un remplacement en urgence afin de couper le médecin de sa réalité, proposer un soutien psychologique confidentiel et fraternel, pouvant être associé à une prise en charge des différentes dépendances que le médecin aurait pu développer dans ce contexte. Rappelons que 30% des médecins ont une consommation régulière d'alcool (selon des données déclaratives) et que 6% sont sujets à une consommation excessive (selon des données déclaratives)[177]. Dans tous les cas, l'aide apportée sera personnalisée et adaptée à la situation. Ces situations étant toutes différentes, il serait illusoire et inutile de tenter d'en préciser tous les tenants et les aboutissants ici. Par ailleurs, il convient de rappeler, que l'état de *burn-out* n'est pas reconnu comme maladie, mais qu'il conduit le plus souvent à un état dépressif sévère qui peut être à l'origine d'une prise en charge financière par la CARMF, dans le cadre d'un état pathologique,

[177] La santé des généralistes : D.E.S. de MEDECINE GENERALE Présentée et soutenue par le 29 août 2006 par Laurence Gillard : "*Pour étudier la consommation de boissons alcoolisées des médecins, nous avons choisi de les interroger sur la fréquence de leur consommation et le nombre de verres standard bus lors d'une consommation ordinaire. 10% des médecins ne boivent jamais de boissons alcoolisées, 30% boivent de manière occasionnelle (entre une et deux fois par mois), 29% boivent entre une et deux fois par semaine, 11% des médecins boivent plus de trois fois par semaine et 18% des médecins consomment des boissons alcoolisées tous les jours. Le pourcentage d'hommes buvant de l'alcool tous les jours est plus élevé que celui des femmes (23% versus 10%). Les femmes ont le plus souvent une consommation occasionnelle de boissons alcoolisées (49% contre 28% des hommes) ... On définit une consommation régulière d'alcool par une fréquence de consommation supérieure ou égale à trois fois par semaine. Dans notre étude, 30% des médecins ont une consommation régulière d'alcool (35% des hommes et 20% des femmes) ... Nous retenons comme critères de définition d'une consommation excessive d'alcool les valeurs suivantes : plus de 30 grammes d'alcool par jour pour les hommes (soit trois verres d'alcool standards), et plus de 20 grammes d'alcool par jour pour les femmes (soit deux verres standards). Dans notre étude, 6% des hommes et 4% des femmes ont donc une consommation excessive.*"

au titre du régime "invalidité/ décès" avec les émoluments à percevoir et la diminution des charges.[178]

[178] Cf. Paragraphe n°55

Chapitre 5 : AT/MP et consolidation

76. **Un "Met de Saint"**. Telle une longue préparation froide, un coup du sort, une vengeance glaciale, imaginons que le médecin soit victime de son activité de soigneur, lui faisant franchir la frontière de la maladie, et devenant alors patient à son tour. Afin d'épicer un peu ce plat amer, ajoutons que : *"Le régime d'assurance maladie des PAMC ne couvre pas le risque accident du travail - maladie professionnelle ... vous n'avez pas le droit à des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, ni aux prestations des assurances invalidité et accident du travail*"[179].

77. **Une scission nette**. Nous l'avons compris, il existe une très nette différence entre le statut de médecin libéral et celui de médecin salarié, ou hospitalier. En effet, dans ce dernier régime, le médecin hospitalier, pourrait bénéficier d'une déclaration de maladie au titre d'un accident de travail ou de maladie professionnelle. Ainsi l'ensemble de ses soins et indemnités, seraient pris en charge à 100% par la sécurité sociale. En revanche, il n'existe pas de système comparable pour un médecin libéral. De fait, il est très difficile de pouvoir quantifier le nombre réel de cas de médecins libéraux atteints de maladie professionnelle ou d'accident de travail, par défaut de déclaration de ces derniers. L'auteur se heurte donc à un véritable manque de données afin d'introduire au mieux son sujet. Il aurait certainement préféré avancer quelques chiffres afin de discuter de l'impact d'un tel sujet, mais il semble dans l'incapacité d'en présenter. En effet, il est important de rappeler, que dans le contexte d'une maladie, la CARMF : "*quel que soit la cause de l'état pathologique d'un médecin libéral, dans le cadre d'une cessation d'activité temporaire, il y a une prise en charge de ce dernier sur le plan financier*"[180]. Ainsi, il semble que la CARMF prenne en charge comme

[179] http://www.ameli.fr
[180] Cf. Paragraphe n°64

démontrait ci-dessus, tout arrêt de travail supérieur à 90 jours "en vrac" quelque soit l'origine de l'affection considérée. Il est alors considéré que le médecin est soit en cessation temporaire pour laquelle il perçoit les avantages accorder par la CARMF au titre de "l'incapacité temporaire pour cause de maladie ou d'accident provoquant une incapacité"[181], soit il est considéré en invalidité pour "*Le médecin invalide n'ayant pas atteint l'âge minimum pour la retraite du régime de base perçoit une pension d'invalidité dont le montant est fonction du nombre d'années de cotisations au régime invalidité- décès et de celui compris entre la date de son invalidité et la date à laquelle il atteindra l'âge minimum pour la retraite du régime de base.*"[182], Régime qui sera alors détaillé en partie 2 de ce travail.

78. **D'un point de vue organisationnel**. Lors de la décision de sa cessation d'activité, il est rappelé l'importance d'en informer l'Ordre de Médecin afin de pouvoir bénéficier des aides de toute nature, que peut procurer ce dernier, et en particulier, l'aide à trouver un remplacement pour assurer une continuité des soins. Ainsi, d'une manière générale on peut considérer la pathologie professionnelle du médecin libéral comme une cause d'incapacité temporaire quelconque. Schématiquement, comme pour toutes autres raisons de santé, la CPAM couvre les frais de soins au titre de l'assurance maladie des PAMC, la CARMF couvre les indemnités journalières au titre du "invalidité-décès" à partir du 91ème jour et l'Ordre médecin aide le demandeur à organiser son arrêt. Et dans tous les cas, il lui est rappelé l'importance de la prévoyance pour couvrir les frais inéluctables jusqu'au 90ème de sa maladie.

[181] http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/prev/prevoyance.htm
[182] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-inva.htm

Chapitre 6 : Suspension temporaire de droit d'exercer

79. **Melting pot**. Un difficile paragraphe se présente à nous. Tant sur le plan moral pour le lecteur intéressé par ce sujet, que pour l'auteur qui doit pouvoir exposer de façon claire, une large cause de cessation d'activité temporaire involontaire qui est la conséquence d'une multitude d'autres. Pour expliquer cette dernière phrase, comprenons nous bien. Il existe plusieurs états de fait dans lesquels un médecin libéral peut se retrouver en situation d'interdiction d'exercice dans un contexte de suspension temporaire de droit d'exercer. En effet, suite à de nombreuses discussions avec les principaux intéressés il apparait que trois causes majeures peuvent être envisagées. Nous verrons qu'il s'agit des causes pathologiques, d'urgence ou disciplinaires. Ainsi nous différencierons, de façon implicite, deux causes préventives de suspension de droit (état pathologique et état d'urgence) opposée à la suspension punitive de ces même droits.

80. **Les grands *mots* du corps et de l'esprit**. Le contexte de médecine libérale, rend difficile les cessations d'activité temporaires involontaires pour maladie et incapacité physique, aux yeux des principaux acteurs de santé : "*J'ai commencé à ressentir la fatigue vraiment à partir de 50 ans, pas tant sur le nombre d'heures, mais l'intensité, la relation avec les patients, la nécessité de les soutenir, la charge émotionnelle.*"[183] ; " *J'ai eu un petit problème de santé. Je me sentais de plus en plus diminué par rapport à des petits troubles de la mémoire. L'heure d'arrêter approchait.*"[184] ; "*J'ai eu un problème grave de santé et de toute façon, je n'ai pas eu le choix ; il a bien fallu que je m'arrête. Cela devait bien arriver de*

[183] MG 6 enquêté pour : Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 2 Olivier Blandin - Marie-Hélène Cabé n° 77 – mars 2008

[184] MG 13 enquêté pour : Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 2 Olivier Blandin - Marie-Hélène Cabé n° 77 – mars 2008

toute façon, j'étais tellement crevée"[185] ; " *J'étais vraiment fatiguée, très fatiguée et puis, ce qui a accéléré les choses, c'est que j'ai été gravement malade : un cancer. Il a fallu que je me soigne. J'ai pris une remplaçante qui a été très bien accueillie mais qui n'a pas été intéressée par « mes » conditions de travail, mes horaires de travail, le samedi… ; j'ai continué mais j'étais de plus en plus fatiguée limite dépressive et tout me devenait insupportable*"[186].

Il parait important de s'interroger sur la réelle capacité des autorités, à s'opposer à l'activité d'un médecin, rendu physiquement ou mentalement inapte à la bonne pratique de son art, et pouvant engendrer un risque pour ces patients. C'est ainsi que le Code de la santé publique prévoit une telle situation en son article R 4124-3, modifié par Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 - art 113, qui dispose : "*Dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession, la suspension temporaire du droit d'exercer est prononcée par le conseil régional ou interrégional pour une période déterminée, qui peut, s'il y a lieu, être renouvelée. Elle ne peut être ordonnée que sur un rapport motivé établi à la demande du conseil par trois médecins spécialistes désignés comme experts, désignés l'un par l'intéressé, le deuxième par le conseil départemental et le troisième par les deux premiers. En cas de carence de l'intéressé, la désignation du premier expert est faite à la demande du conseil par ordonnance du président du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve la résidence professionnelle de l'intéressé. Cette demande est dispensée de ministère d'avocat.*" Il existe donc une disposition régionale à la suspension du droit d'exercer. Ce recours peut être initié par le directeur de l'ARS, sur saisie du conseil concerné, ou par délibération des conseils départementaux ou nationaux[187]. C'est suite à des expertises, sous

[185] MG 16 enquêté pour : Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 2 Olivier Blandin - Marie-Hélène Cabé n° 77 – mars 2008

[186] MG 26 enquêté pour : Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 2 Olivier Blandin - Marie-Hélène Cabé n° 77 – mars 2008

[187] Cf. Code de la santé publique, article R4124-3 Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 113 : "*Le conseil peut être saisi soit par le directeur général de l'agence régionale de santé, soit par délibération du*

conditions particulières[188], que sera alors décidée et notifiée cette suspension du droit d'exercer, droit qui ne sera réinstauré qu'après nouvelle expertise, sur demande de l'intéressé au terme de la durée initialement décidée.[189] Maladies infectieuses graves, maladies du système nerveux, états psychiatriques sévères, dépendance toxicologique etc... Tous ces états, à l'origine d'une déficience, pouvant entrainer un risque réel pour le patient, peuvent motiver une telle demande. Il existe donc une possibilité de suspension de droit d'exercer pour un médecin, dans un contexte préventif, où ce dernier, du fait d'un état pathologique quelconque, deviendrait dangereux pour ses patients.

81. **L'urgence préventive.** A coté de la mesure de protection des patients, vue précédemment, qui peut être initié par le conseil de l'Ordre des médecins, dans un contexte pathologique, il existe une autre voie de protection et de prévention. Cette dernière peut être prononcée par un représentant départemental de l'Etat, en cas d'urgence, si le médecin concerné représente un danger grave pour ses patients. Ce dispositif est régi par le code de santé publique en son article L4113-14 modifié par Ordonnance n°2007-465 du 29 mars 2007 - art. 9 JORF 30 mars 2007, qui dispose : "*En cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients à un danger grave, le représentant de l'Etat dans le département prononce la suspension*

---

conseil départemental ou du conseil national.L'expertise prévue à l'alinéa précédent est effectuée au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la saisine du conseil."

[188] "*Les experts procèdent ensemble, sauf impossibilité manifeste, à l'expertise. Le rapport d'expertise est déposé au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la saisine du conseil*." ; "*Si les experts ne peuvent parvenir à la rédaction de conclusions communes, le rapport comporte l'avis motivé de chacun d'eux."* ; "*Si l'intéressé ne se présente pas à la convocation fixée par les experts, ceux-ci établissent un rapport de carence à l'intention du conseil*." ; "*Avant de se prononcer, le conseil régional ou interrégional peut, par une décision non susceptible de recours, décider de faire procéder à une expertise complémentaire dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, le deuxième expert est désigné par le président du conseil régional ou interrégional*." ; "*Les experts facturent leurs honoraires conformément à la cotation des actes définie par le code de procédure pénale. Les frais et honoraires sont à la charge du conseil qui a fait procéder à l'expertise.*" Article R4124-3Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 113

[189] *"La notification de la décision informe le praticien que la reprise de l'exercice professionnel ne pourra avoir lieu sans qu'au préalable ait été diligentée une nouvelle expertise médicale, dont il lui incombe de demander l'organisation au conseil départemental*" Article R4124-3Modifié par Décret n°2010-344 du 31/03/10-art. 113

immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension."[190].

A noter, que cette décision peut être prise pour un motif de pathologie grave du médecin : "*Le représentant de l'Etat dans le département informe immédiatement de sa décision le président du conseil départemental compétent et saisit sans délai le conseil régional ou interrégional lorsque le danger est lié à une infirmité ou un état pathologique du professionnel, ou la chambre disciplinaire de première instance dans les autres cas*"[191] dans ce cas, la décision de poursuite de cette mesure sera alors remise entre les mains des conseils régionaux ou interrégionaux concernés.[192]

Il incombe au représentant de l'Etat dont est issue la demande, d'informer les organisme d'assurance maladie dont dépend le médecin mis en cause[193]. Cette décision peut être révoqué à tout moment par le représentant en ayant fait la demande[194]. Le médecin alors mis en cause, peut faire valoir un recours, devant le tribunal administratif, par lequel il aura une réponse rapide en 48 heures[195]. Evidemment, du fait, du champs de notre étude, nous ne

[190] http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006688694&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20071231

[191] Cf. Code de la santé publique, article L4113-14 modifié par Ordonnance n°2007-465 du 29 mars 2007 - art. 9 JORF 30 mars 2007

[192] Cf. Code de la santé publique, article L4113-14 modifié par Ordonnance n°2007-465 du 29 mars 2007 - art. 9 JORF 30 mars 2007 : "*Le conseil régional ou interrégional ou la chambre disciplinaire de première instance statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant le Conseil national ou la Chambre disciplinaire nationale, qui statue dans un délai de deux mois. A défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement*."

[193] Cf. Code de la santé publique, article L4113-14 modifié par Ordonnance n°2007-465 du 29 mars 2007 - art. 9 JORF 30 mars 2007 : "*Le représentant de l'Etat dans le département informe également les organismes d'assurance maladie dont dépend le professionnel concerné par sa décision."*

[194] Cf. Code de la santé publique, article L4113-14 modifié par Ordonnance n°2007-465 du 29 mars 2007 - art. 9 JORF 30 mars 2007 : "*Le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à la suspension qu'il a prononcée lorsqu'il constate la cessation du danger. Il en informe le conseil départemental et le conseil régional ou interrégional compétents et, le cas échéant, la chambre disciplinaire compétente, ainsi que les organismes d'assurance maladie."*

[195] Cf. Code de la santé publique, article L4113-14 modifié par Ordonnance n°2007-465 du 29 mars 2007 - art. 9 JORF 30 mars 2007 : "*Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme dont le droit d'exercer a été suspendu selon la procédure prévue au présent article peut exercer un recours contre la décision du*

nous attarderons pas sur le cas particulier des médecins travaillant dans un établissement de santé[196] ni sur le cas des médecins du régime militaire[197].

82. **Suspension disciplinaire, un disciple indiscipliné.** Qu'il s'agisse de sa vie privée ou professionnelle, un médecin commettant un crime ou un délit s'expose au risque de suspension punitive et/ou disciplinaire, de droit d'exercice. En effet, il est important de rappeler que le Code de la santé publique prévoit ces connections en son article L 4126-6 modifié par Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 - art. 1 JORF 27 août 2005, qui dispose : "*Lorsqu'un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme a été condamné par une juridiction pénale pour tout autre fait qu'un crime ou délit contre la Nation, l'Etat ou la paix publique, la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre peut prononcer, s'il y a lieu, à son égard, dans les conditions des articles L. 4124-4*[198]*, L. 4126-1*[199] *et L. 4126-2*[200]*, une des sanctions prévues à l'article L. 4124-6. En vue d'assurer l'application des dispositions du précédent alinéa, l'autorité judiciaire avise obligatoirement et sans délai le conseil national de l'ordre de toute condamnation, devenue définitive, de l'un des praticiens mentionnés ci-dessus, y compris les condamnations prononcées à l'étranger.*" C'est ainsi, dans cet article, que l'ensemble des sanctions disciplinaires est lui même géré par le code de la

---

représentant de l'Etat dans le département devant le tribunal administratif, qui statue en référé dans un délai de quarante-huit heures."

[196] Cf. Code de la santé publique, article L4113-14 modifié par Ordonnance n°2007-465 du 29 mars 2007 - art. 9 JORF 30 mars 2007 : "*Les pouvoirs définis au présent article sont exercés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation lorsque le danger grave auquel la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients a été constaté à l'occasion de l'exercice de ses fonctions dans un établissement de santé. Dans cette hypothèse, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation informe en outre immédiatement de sa décision le représentant de l'Etat dans le département.*"

[197] Cf. Code de la santé publique, article L4113-14 modifié par Ordonnance n°2007-465 du 29 mars 2007 - art. 9 JORF 30 mars 2007 : " *Le présent article n'est pas applicable aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes qui relèvent des dispositions de la partie 4 du code de la défense*."

[198] "*La chambre disciplinaire de première instance tient un registre de ses délibérations. A la suite de chaque séance, un procès-verbal est établi ; il est approuvé et signé par les membres de la chambre. Des procès-verbaux d'interrogatoire ou d'audition doivent être également établis, s'il y a lieu, et signés par les personnes interrogées.*"

[199] "*Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme en cause ait été entendu ou appelé à comparaître*."

[200] "*Les parties peuvent se faire assister ou représenter. Elles peuvent exercer devant les instances disciplinaires le droit de récusation mentionné à l'article L. 721-1 du code de justice administrative*."

santé publique en son article L 4124-6, modifié par Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 - art. 1 JORF 27 août 2005, qui dispose : "*Les peines disciplinaires que la chambre disciplinaire de première instance peut appliquer sont les suivantes : L'avertissement ; Le blâme ; L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales ; L'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ; cette interdiction ne pouvant excéder trois années ; La radiation du tableau de l'ordre...."* Ces sanctions disciplinaires sont le plus souvent associées à l'interdiction temporaire ou définitive, partielle ou totale, de faire partie d'un conseil de l'Ordre[201]. Par dessus tout, elles ont un effet sur l'ensemble du territoire[202]. Du reste, elle peut être ou non associée d'un sursis[203].

A noter, un médecin sous le coup d'une sanction d'interdiction temporaire, ne peut exercer sous aucune forme[204], un quelconque acte médical[205], au risque de se rendre coupable du délit d'exercice illégal de la médecine, au titre de l'article L 4161-1, modifié par

[201] Cf. Code de santé publique, article L 4124-6, modifié par Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 - art. 1 JORF 27 août 2005 : "*Les deux premières de ces peines comportent, en outre, la privation du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou du conseil interrégional et du conseil national, de la chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre pendant une durée de trois ans ; les suivantes, la privation de ce droit à titre définitif. Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme radié ne peut se faire inscrire à un autre tableau de l'ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des autres conseils départementaux et de la chambre disciplinaire nationale dès qu'elle est devenue définitive*"

[202] Cf. Code de santé publique, article L 4124-6, modifié par Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 - art. 1 JORF 27 août 2005 : "*Les peines et interdictions prévues au présent article s'appliquent sur l'ensemble du territoire de la République.*"

[203] Cf. Code de santé publique, article L 4124-6, modifié par Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 - art. 1 JORF 27 août 2005 : "*Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie d'un sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce l'une des sanctions prévues aux 3° et 4°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction*."

[204] Exercice illégal de la médecine reproché à un praticien soumis à une suspension disciplinaire d'exercice : Cass. Crim. 9 février 2012, pourvoi n° 09-83545, Revue droit & santé n°39, Anne Ponseille

[205] Exercice illégal de la médecine par un médecin et erreur sur le droit : Cass. Crim. 13 février 2007, pourvoi n) 06-84624, Revue droit & santé n°19. Marion Guigue.

Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 - art. 3, du code de la santé publique, qui dispose : "*Exerce illégalement la médecine : Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales ... Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 ...* "

83. **Au delà de la chambre disciplinaire, la Sécurité Sociale**. Fervente défenseuse des droits des assurés, la caisse primaire bénéficie elle aussi d'armes à l'encontre des médecins peu scrupuleux. Ainsi, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'Ordre des médecins peut prononcer une certaine forme d'interdiction d'exercer. Cette suspension porte alors le dénominatif : "*Interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux*". En effet, la Sécurité sociale, dispose d'un panel de sanctions superposable à celui prévu en matière disciplinaire de droit commun. Ce panel est régi par le Code de la sécurité sociale en son article L 145-2, modifié par Loi 2007-127 2007-01-30 art. 20 1° JORF 1er février 2007, qui dispose : "*Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont : l'avertissement ; le blâme,*

avec ou sans publication ; l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ; dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus."

Les modalités de ces sanctions sont, elles aussi, superposables au modèle des sanctions disciplinaire du conseil de l'Ordre. Ainsi, l'interdiction peut être assortie d'un sursis[206]. Cependant, pour un même fait, un médecin condamné ne peut faire l'objet, simultané, de sanctions issues des deux différentes chambres. Il est alors décidé d'exécuter la peine la plus forte entre celle issue de l'article L145-2 du Code de la sécurité sociale et celle issue de l'article L4124-6 du code de la Santé Publique[207]. Dans les faits, la condamnation à l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux, correspond à une privation "*de toute activité, sauf hypothèse de soins donnés à des non-assurés sociaux ou avec l'accord préalable de l'ordre, en hôpital public. Un médecin qui contrevient aux décisions de la section des assurances sociales en donnant des soins à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire est tenu de rembourser à l'organisme de Sécurité sociale le montant de toutes les prestations médicales ou autres que celui-ci a été amené à payer (art. L.145-3 du CSS[208]).*"[209]

[206] Cf. Code de santé publique, article L 145-2, modifié par Loi 2007-127 2007-01-30 art. 20 1° JORF 1er février 2007 : "*Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification au praticien d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction pour la partie assortie du sursis devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction."*

[207] Cf. Code de santé publique, article L 145-2, modifié par Loi 2007-127 2007-01-30 art. 20 1° JORF 1er février 2007 : " *Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution*."

[208] Cf. Code de santé publique art. L.145-3 : "*Tout praticien qui contrevient aux décisions de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section disciplinaire du conseil national ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du*

84. **Au delà de la Sécurité Sociale, la sanction pénale**. Différent par essence du caractère disciplinaire, par atteinte à l'intégrité du corps de sa profession, il s'agit là du cadre d'une condamnation pour un crime ou un délit. Qu'elle soit totale ou simplement restrictive, temporaire ou définitive, peine complémentaire ou alternative, cette suspension de droit, est prononcée par un juge pénal. En l'occurrence, le texte sur lequel s'appuiera cette décision est l'article 221-8 du Code pénal, qui dispose : "*Les personnes physiques coupables des infractions prévues au présent chapitre encourent également les peines complémentaires suivantes : L'interdiction, suivant les modalités prévues par l'article 131-27, soit d'exercer une fonction publique ou d'exercer l'activité professionnelle ou sociale dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise, soit, pour les crimes prévus par les articles 221-1, 221-2, 221-3, 221-4 et 221-5, d'exercer une profession commerciale ou industrielle, de diriger, d'administrer, de gérer ou de contrôler à un titre quelconque, directement ou indirectement, pour son propre compte ou pour le compte d'autrui, une entreprise commerciale ou industrielle ou une société commerciale. Ces interdictions d'exercice peuvent être prononcées cumulativement...* " et l'article 131-27 qui dispose : " *Lorsqu'elle est encourue à titre de peine complémentaire pour un crime ou un délit, l'interdiction d'exercer une fonction publique ou d'exercer une activité professionnelle ou sociale est soit définitive, soit temporaire ; dans ce dernier cas, elle ne peut excéder une durée de cinq ans...*"

Conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, en donnant des soins à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins que le praticien a donnés ou des prescriptions qu'il a ordonnées."

[209] L'interdiction d'exercer : Analyse de Philip Cohen avec la collaboration de Laure Jallet, la gazette santé-sociale n°55 - Septembre 2009

Il est important de noter dans ce cas que, pour un même fait, un médecin peut être condamné à des sanctions différentes et indépendantes, selon une procédure disciplinaire et/ou pénale. A là différence des sanctions issues de la chambre disciplinaire de première instance du CNOM et celles de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'Ordre, qui ne sont pas cumulables.

85. **Dans les faits**. Ces interdictions d'exercer, lourdes condamnations, peuvent ne pas être purgées jusqu'à la fin de la peine initialement prononcée. Il semble important de noter qu'il existe pour le médecin condamné un recours face à une telle sanction. Dans le cadre disciplinaire, d'une décision issue de la chambre de première instance du CNOM, il existe une possibilité d'adresser une requête auprès de la même chambre, procédure appelée "requête de relèvement" régie par le Code de la santé publique en son article L 4124-8 qui dispose : "*Après qu'un intervalle de trois ans au moins s'est écoulé depuis une décision définitive de radiation du tableau, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme frappé de cette peine peut être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la chambre disciplinaire qui a statué sur l'affaire en première instance. La demande est formée par une requête adressée au président de la chambre compétente. Lorsque la demande a été rejetée par une décision devenue définitive, elle ne peut être représentée qu'après un délai de trois années à compter de l'enregistrement de la première requête à la chambre disciplinaire de première instance.*"

Cependant, et bien que demeurant dans le cadre disciplinaire, si la décision de suspension émane de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'Ordre, alors des modalités identiques aux précédentes sont à la portée du médecin inculpé. C'est ainsi que le prévoit le Code de la sécurité sociale en son article L 145-2-1 alinéa 3, qui dispose : "*Après qu'un intervalle de trois ans se sera écoulé depuis une*

décision définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux, le praticien frappé de cette sanction pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance qui a prononcé la sanction."

Enfin, une projection similaire de procédure est possible sur le plan pénal. En effet, un médecin bénéficie aussi d'une possibilité de requête de relèvement alors qu'il fait l'objet d'une condamnation pénale d'interdiction d'exercice. Ce mécanisme juridique est permis par l'article 132-21 du Code pénal, qui dispose : "*Toute personne frappée d'une interdiction, déchéance ou incapacité quelconque qui résulte de plein droit, en application de dispositions particulières, d'une condamnation pénale, peut, par le jugement de condamnation ou par jugement ultérieur, être relevée en tout ou partie, y compris en ce qui concerne la durée, de cette interdiction, déchéance ou incapacité, dans les conditions fixées par le code de procédure pénale*." régi par le Code de procédure pénal en ses articles 702-1 et 703. A noter que dans ce cas précis, le délai minimum du recours n'est pas de trois ans comme dans les procédures disciplinaires, mais de six mois : " *Sauf lorsqu'il s'agit d'une mesure résultant de plein droit d'une condamnation pénale, la demande ne peut être portée devant la juridiction compétente qu'à l'issue d'un délai de six mois après la décision initiale de condamnation. En cas de refus opposé à cette première demande, une autre demande ne peut être présentée que six mois après cette décision de refus*"[210]

86. **Brève juridique.** Afin de ne pas perdre le lecteur, et de recentrer le travail sur son sujet initial, il convient de rappeler de façon succincte, que l'ensemble des causes de cessation temporaire involontaire d'activité, issue d'une suspension de droit d'exercer, peuvent

[210] Cf. Code de procédure pénale, article 702-1, modifié par LOI n°2009-1436 du 24 novembre 2009 - art. 94

être grossièrement divisé en deux familles : La suspension préventive et la suspension punitive.

La suspension préventive se différencie en deux groupes : les causes pathologiques (Décision du Conseil de l'Ordre, régie par le code de la santé publique en son article R 4124-3)[211] et les causes d'urgence, qui peuvent être pathologiques (Décision d'un représentant départemental de l'état, régie par le code de santé publique en son article L4113-14)[212].

La suspension disciplinaire se différencie en trois groupes : les sanctions issues de la chambre disciplinaire de l'Ordre (régies par le Code de la santé publique en ses articles L4126-6 pour la connectivité et L4124-6 pour leur nature)[213], sanctions comparables mais non cumulables avec celles de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil (régies par le Code de la sécurité sociale en son article L 145-2)[214]. Et pour finir, les peines issues directement d'une condamnation pénale (Régies par le code pénal en son article 221-8)[215]

Dans tous les cas, il sera possible pour le médecin de faire valoir son désaccord avec la sanction prononcée, chacun des cas de figure possédant ses propres modalités, ne laissant pas la défense du médecin, alors condamné, sans recours. Aussi, il parait illusoire de pouvoir détailler l'ensemble de telles situations. Rien que sur le plan disciplinaire, qu'il s'agisse de charlatanisme[216], ou d'obtention d'avantages issus d'entreprise en lien avec des produits pris

[211] Cf. Paragraphe n°80
[212] Cf. Paragraphe n°81
[213] Cf. Paragraphe n°82
[214] Cf. Paragraphe n°83
[215] Cf. Paragraphe n°84
[216] Cf. Code de santé publique, article R 4127-39 : "*Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite.*"

en charge par la sécurité sociale[217], en passant par les peines complémentaires comme dans le cas d'interruptions illégales de grossesse[218], il serait impossible de faire vœu d'exhaustivité. Cependant, il convient de s'attarder et de détailler une situation particulière redoutée, qui partage des aspects parallèles à ce qui vient d'être décrit, du fait de son impact quand à la peur qu'elle provoque mais aussi de son impact réel quand elle arrive. Une situation pouvant être cause ou conséquence d'une suspension de droit d'exercer ; parlons de la situation d'incarcération d'un médecin.

[217] Cf. Code de santé publique, article L 4163-2: "*Le fait, pour les membres des professions médicales mentionnées au présent livre et pour les étudiants se destinant aux professions relevant de la quatrième partie du présent code ainsi que pour les associations et groupements les représentant, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est puni de deux ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. En cas de condamnation, l'interdiction temporaire d'exercer la profession pendant une période de dix ans peut être prononcée par les cours et tribunaux accessoirement à la peine principale*."

[218] Cf. Code pénal, articles 223-10 et 223-19 : "*L'interruption de la grossesse sans le consentement de l'intéressée est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende*." et "*Les personnes physiques coupables de l'une des infractions prévues par les articles 223-10 et 223-11 encourent, outre les peines mentionnées par ces articles, l'interdiction, pour une durée de cinq ans au plus, d'exercer une activité de nature médicale ou para-médicale*."

Chapitre 7 : Prison

87. **Cause ou Conséquence ?** Voilà une dichotomie qui causera de la peine à l'auteur. En effet, ce dernier ne pourrait réaliser pleinement le présent travail, sans l'exercice délicat d'exposer cette (ces ?) cause(s) d'interruption temporaire involontaire d'exercice libéral d'un médecin. Qu'il s'agisse d'une condamnation à l'encontre d'une faute[219] commise pendant son activité médicale[220], en milieu carcéral[221], ou non, l'emprisonnement reste dans tous les cas une source d'interruption.

88. **Double "peine" ?** Par principe, même si elle n'est pas exprimée par le juge à l'origine de la condamnation d'emprisonnement[222], le médecin risque fort de se voir infligé une peine d'interdiction. En effet, il lui sera très probablement reproché, par l'Ordre, son manque de moralité au titre de l'article 3 du code déontologie. Ce dernier, issu du code de la santé publique en son article R 4127-3, dispose : "*Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine."*. En dehors de son activité, un médecin n'est pas exempt de cette obligation, comme le précise l'article R.4127-31 du code de la santé publique, disposant : " *Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.*" . En effet, l'Ordre National des médecins commente, lui même, cet article : "*Cet article est un complément et un corollaire de l'article 3. Il est important que le patient et plus généralement le public puisse faire confiance au corps médical et ne puisse douter de sa moralité et de son honnêteté. Les juridictions ordinales font une application*

[219] Homicide involontaire commis par un médecin : faute caractérisée et lien de causalité. Cass. crim. 18 octobre 2011, pourvoi n°11-80653. Revue droit & santé n°46. Anne Ponseille.
[220] Talc chaud : un médecin derrière l'objectif avant d'être derrière les barreaux ! : Cass. crim. 31 mars 2004, pourvoi n°03-85624. Revue droit & santé n°1. Max Verbier.
[221] Un médecin derrière les barreaux : CA Paris, 17 avril 2008, Juris-Data n° 2008-363770. Revue droit & santé n°26. Anne Ponseille.
[222] Peines issues directement d'une condamnation pénale (régies par le Code pénal en son article 221-8)

assez fréquente de cet article : soit qu'elles qualifient directement tel ou tel agissement du praticien qui leur est déféré d'acte de nature à déconsidérer la profession médicale, justifiant la condamnation de son auteur à une sanction disciplinaire ; soit qu'ayant relevé une infraction à une autre prescription plus précise du code de déontologie, elles jugent que, dans les circonstances de l'affaire, le comportement du médecin fautif a été en outre de nature à déconsidérer la profession médicale, ce qui aggrave sa responsabilité et pèse d'autant sur l'évaluation de la peine encourue. Les actes de nature à déconsidérer la profession médicale peuvent avoir été commis par un médecin aussi bien dans l'exercice de sa profession qu'en dehors de celui-ci, dans sa vie privée ou dans l'accomplissement d'autres activités, dès lors qu'ils ont été l'objet d'une certaine publicité ou qu'ils risquaient de l'être. Dans l'exercice de sa profession, c'est surtout dans ses rapports avec les patients que le médecin peut être amené à commettre de tels actes : manquement aux devoirs d'honnêteté, comportements ou propos scandaleux, grossièretés, attentats à la pudeur, exigences financières abusives, acte de cupidité... Mais peut être regardé aussi comme déconsidérant la profession médicale, le médecin qui se comporte en charlatan ou qui fait commerce de sa fonction. Hors de son exercice professionnel, le médecin se doit de garder un comportement en rapport avec la dignité de ses fonctions. Il déconsidère la profession médicale s'il se signale à l'attention du public par une intempérance notoire, une conduite en état d'ivresse, un délit de fuite, des abus de confiance ou la violation grave d'engagements contractuels, notamment s'il s'abstient systématiquement de régler ses dettes. Enfin, si le médecin exerce d'autres activités que la médecine, celles-ci ne doivent avoir rien d'immoral ou de suspect, notamment quant à la probité et aux bonnes mœurs. Chaque médecin doit se sentir personnellement responsable de la considération du corps médical." [223] Montrant, dans chacune de ces phrases, avec force et détermination, la nature des représailles dont fera très probablement l'objet, le médecin envers

[223] http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-31-deconsideration-de-la-profession-255

qui serait prononcé une peine d'emprisonnement. Il risque donc forcément, d'y avoir une incapacité disciplinaire à exercer la médecine, qui viendrait combler l'absence de condamnation pénale.

89. **Un complément salé.** Evidemment, il est impossible au cours de cette étude d'étudier l'ensemble des différents cas de figure pouvant aboutir, suite à une condamnation pénale d'emprisonnement, à une peine complémentaire d'interdiction d'exercer. L'auteur tient juste à démontrer, l'aspect réel de ces faits, surtout quand ils sont appuyés et confirmés par la Cour de Cassation. C'est ainsi que Philip Cohen, en collaboration de Laure Jallet, avocats à la Cour (cabinet Auber, Paris), en font référence dans leur article "L'interdiction d'exercer" paru dans la Gazette Santé-Social n°55 de septembre 2009 : " *Si toute atteinte à la liberté doit être proportionnée, la Cour de cassation a eu l'occasion de préciser « qu'en condamnant l'accusé, médecin psychothérapeute ayant commis les crimes à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, à la peine complémentaire d'interdiction définitive d'exercer une profession médicale, la cour d'assises n'a pas prononcé une sanction disproportionnée à la gravité des crimes pour lesquels l'accusé a été condamné, dès lors que cette peine, prévue par l'article 131-27 du Code pénal, constitue une mesure de sûreté ayant pour objet de prévenir tout risque de récidive »*[224] " Comme nous l'avons déjà expliqué ci-dessus[225], le juge pénal peut, de son propre chef, exprimer une condamnation d'interdiction. A noter que dans cet exemple, la condamnation est définitive, ne s'inscrivant pas dans le champs du titre considéré. Toutefois, elle est représentative d'une volonté et de faits réels. Il est par ailleurs rappelé que la notion "définitive" en terme de condamnation pénale ou disciplinaire, concernant les interdictions

[224] *Cass. crim. 3 septembre 2008, n° 07-88501*
[225] Cf. Paragraphe n°84

d'exercer reste relative. En effet, il existe différents recours différés et renouvelable, desquels peut bénéficier le médecin condamné comme nous avons déjà pu le voir[226].

90. **Impossibilité physique.** Bien qu'il soit peu probable qu'une telle situation arrive, vue la détermination du conseil national de l'Ordre en la matière, même un médecin sans interdiction d'exercer, se retrouve, malgré tout, dans une impossibilité physique de pouvoir pratiquer, du fait de son incarcération. Dans tous les cas, il ne peut bénéficier d'aucune aide financière, laissant par ailleurs sa clientèle sans assistance médicale. En fait, l'auteur porte l'attention du lecteur sur un fait important, celui qu'un médecin sous le coup d'une interdiction temporaire ou définitive d'exercer, ne peut, sous aucun prétexte, se faire remplacer. En effet, le Code de la santé publique prévoit cette situation en son article R 4113-17 qui dispose : "*En cas d'interdiction temporaire d'exercer ou de dispenser des soins aux assurés sociaux, sauf à être exclu par les autres associés dans les conditions prévues à l'article R. 4113-16, l'intéressé conserve ses droits et obligations d'associé à l'exclusion de la rémunération liée à l'exercice de son activité professionnelle.*" Il est donc impossible pour un libéral de santé de percevoir une quelconque rémunération en lien avec son activité, lorsque celui-ci est sous le coup d'une sanction d'interdiction d'exercer. Or la rémunération d'un remplaçant est une rétrocession d'émoluments perçus. Il est donc impossible de rétrocéder des honoraires sans les avoirs perçu au préalable, ce que conclut le Conseil d'Etat, le 18 décembre 2009, lors de sa décision[227] à l'encontre d'une doctoresse en chirurgie dentaire qui s'était rendue coupable de s'être fait remplacé pendant une suspension temporaire. Ce raisonnement est facilement transposable aux situations d'interdiction temporaire ou définitive d'un médecin libéral.

[226] Cf. Paragraphe 85
[227] Conseil d'Etat, le 18 décembre 2009 (n°333873)

91. **Leitmotiv social**. L'assurance maladie rappelle cependant, en son site internet www.ameli.fr, que dans le cadre d'une incarcération, le médecin, bénéficiera d'une couverture sociale : "*Vos droits pendant la détention. Si vous êtes détenu, vous êtes obligatoirement affilié au régime général de la sécurité sociale dès votre entrée en établissement pénitentiaire. Vous êtes donc systématiquement et immédiatement couvert par les assurances maladie et maternité pendant toute la durée de votre détention. Votre affiliation est gratuite et vous n'avez aucune démarche à effectuer. C'est l'établissement pénitentiaire dans lequel vous êtes incarcéré qui se met en relation avec votre caisse d'Assurance Maladie. Celle-ci vous délivre alors un document attestant de votre affiliation. La prise en charge de vos frais médicaux : vous êtes soigné gratuitement pendant toute la durée de votre incarcération. Les médicaments sont fournis par l'établissement pénitentiaire et les soins médicaux dispensés dans un établissement hospitalier sont intégralement pris en charge, y compris le forfait hospitalier.*"[228]

L'incarcération reste donc une double sanction pour le médecin libéral dans ce cas, perte quasi constante de son droit d'exercer, si ce n'est pénalement, cela risque fortement de l'être disciplinairement. Pouvons nous parler d'une triple sanction alors que le Conseil d'Etat ne lui reconnait pas le droit de se faire remplacer ? Au delà du médecin, c'est aussi la perte d'un outil médical, un cabinet qui ne tourne plus. Telle une faillite, et bien que la risquant dans ce contexte, il faut la prévoir pour mieux l'affronter.

[228] http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-etes-en-detention.php

Chapitre 8 : Faillite

92. **Définitivement temporaire**. C'est au cours d'une discussion avec ses paires ordinaux, que l'auteur a compris l'erreur qu'il faisait en ayant classé initialement ce paragraphe dans les causes de cessation définitive d'activité libérale. En effet, il serait exceptionnel qu'après une décennie d'études, et suite à une mauvaise conjoncture, qu'un médecin décide d'abandonner une situation professionnelle honorable et, avouons le, confortable. C'est pourquoi il est vite apparu évident que, devant la situation démographique médical exposée auparavant[229], il semble quasi impossible de cumuler et répéter les échecs. Ainsi, il semble que, suite à une telle défaite, un médecin n'abandonne pas sa situation, sa vocation, sa profession, mais bien une situation (passer d'une profession médicale libérale à une profession médicale salariée), quand bien même il pourrait décider de renouveler l'expérience libérale.

93. **De la cessation des paiement, à celle de l'activité**. Bien qu'un ensemble de causes puissent être à l'origine d'une telle situation, il y en est une que l'on peut retrouver de façon quasi constante dans les différentes histoire du genre. Qu'il s'agisse d'une augmentation des dépenses (augmentation des charges, trop d'investissements...) ou d'une diminution des entrées (peu ou pas de clientèle, problèmes personnels, maladie, suspension de droit...) le médecin concerné se retrouve au final en état de cessation de paiements qui corresponde à une impossibilité de faire face à ses dettes avec son actif disponible, ou selon le dictionnaire de droit privé : "*L'état de cessation de paiements est la situation dans laquelle se trouve une personne ou une entreprise qui ne dispose plus d'une trésorerie suffisante pour faire face à ses dettes liquides et exigibles. La cessation des paiements ne se confond pas avec une gène passagère de trésorerie, ni avec l'insolvabilité. La constatation par un tribunal de commerce, de l'état de cessation des paiements entraîne l'ouverture d'une procédure de redressement*

[229] Cf. Paragraphe 20

judiciaire". Ainsi, se texte s'appuie sur la l'article 3 de la loi 85-98 du 25 janvier 1985[230] qui dispose : "*La procédure de redressement judiciaire est ouverte à toute entreprise, mentionnée à l'article 2, qui est dans l'impossibilité de faire face au passif exigible avec son actif disponible*". Cet état de droit, n'était applicable qu'aux entreprises stricto-sensu, excluant de fait les médecins, de part leur statut libéral. Il a fallu attendre l'année 2005, pour pouvoir tenter de sauver les "entreprises médicales".

94. **Préservation, prévention**. Tout est dirigé, orchestré par une même loi. En effet, c'est en 2005, qu'il est décidé d'étendre ces procédures aux personnes physique qui exerce une profession indépendante y compris les libéraux. Il s'agit de la loi "de sauvegarde des entreprises"[231] n°2005-845 du 26 juillet[232] par son décret d'application du 28 décembre 2005[233]. Cette dernière dispose, en son article L 611-5 du Code du commerce : "*La procédure de conciliation est applicable, dans les mêmes conditions, aux personnes morales de droit privé et aux personnes physiques exerçant une activité professionnelle indépendante, y compris une profession libérale soumise à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé. Pour l'application du présent article, le tribunal de grande instance est compétent et son président exerce les mêmes pouvoirs que ceux attribués au président du tribunal de commerce*." Ainsi, les professions libérales peuvent, dès lors, bénéficier des procédures de redressement et de liquidation judiciaire, sous les directives du tribunal de grande instance, mais aussi des procédures de prévention.

[230] JORF, 26/01/85, p.1097
[231] Tous égaux devant la faillite : Cass. 2e civ. 12 juillet 2012, n°11-19.861. Revue droit & santé n°51. Justine Fontana.
[232] JORF, 27/07/2005, p.12187
[233] Décret application 2005-1677, JORF, 29/12/2005, p.20324

95. **Rôle obligatoire de l'Ordre**. A noter, que dans un tel contexte, l'Ordre des médecins sera alors averti de la situation, et que ce dernier sera consulté[234] pendant la procédure, afin de protéger au mieux les intérêts du protagoniste. Cette mention est obligatoire au titre de l'article L 611-6 du Code du commerce, qui dispose : "*La décision ouvrant la procédure de conciliation n'est pas susceptible de recours. Elle est communiquée au ministère public. Lorsque le débiteur exerce une profession libérale soumise à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, la décision est également communiquée à l'ordre professionnel ou à l'autorité compétente dont, le cas échéant, il relève*"

96. **Secret à jamais**. Cette loi ne peut en rien, et sous aucune condition, porter atteinte au secret professionnel. Cela donne d'autant plus d'importance au dernier paragraphe, sur l'intérêt de la consultation de l'Ordre, dont un représentant doit être présent pendant l'inventaire, afin de se porter garant de la préservation du dit secret. Ces conditions relèvent de l'article L 622-6 du même Code, qui dispose : "*Lorsque le débiteur exerce une profession libérale soumise à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, l'inventaire est dressé en présence d'un représentant de l'ordre professionnel ou de l'autorité compétente dont, le cas échéant, il relève. En aucun cas l'inventaire ne peut porter atteinte au secret professionnel si le débiteur y est soumis.*"

97. **Dans les faits**. On distingue trois modes de traitements de ces difficultés. C'est ainsi que Me Maïalen CONTIS, (Avocat - Toulouse) le décrit : il existe trois "*procédures*

[234] "*Le tribunal statue sur l'homologation après avoir entendu ou dûment appelé en chambre du conseil le débiteur, les créanciers parties à l'accord, les représentants du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel, le conciliateur et le ministère public. L'ordre professionnel ou l'autorité compétente dont relève, le cas échéant, le débiteur qui exerce une profession libérale soumise à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, est entendu ou appelé dans les mêmes conditions*" loi "de sauvegarde des entreprises" loi n°2005-845 du 26 juillet en son article L 611-9.

préventives instaurées par la Loi de sauvegarde des entreprises", le mandat ad hoc, la conciliation et la sauvegarde, dont les points communs sont "*objectif .... aider le débiteur à combler son passif avant la cessation des paiements ou immédiatement après... par un accord avec tout ou partie des créanciers... par l'intermédiaire d'un tiers désigné à cet effet... à la demande du débiteur lui-même... auprès du tribunal de grande instance.*"[235]

98. **Le mandat ad hoc**. Comme le rappelle directement le gouvernement : "Le mandat ad hoc est une procédure, préventive et confidentielle, de règlement amiable des difficultés, dont le but est de rétablir la situation de l'entreprise avant qu'elle ne soit en cessation des paiements." cette demande est émise directement par le débiteur, "et lui seul ... mais ne doit pas être en état de cessation des paiements"[236], au tribunal de grande instance (dans le cadre des professions libérales) sans qu' "aucune forme particulière n'est imposée. Un modèle de requête de désignation d'un mandataire ad hoc est disponible sur le site du greffe du tribunal de commerce de Paris. Dès réception de cette demande, le président reçoit le débiteur et recueille ses observations. Le débiteur peut proposer le nom d'une personne qu'il souhaite voir désigner comme mandataire ad hoc". La réelle mission du mandataire ad hoc, le plus "souvent un expert économique ou financier", est "d'aider le débiteur à négocier un accord avec ses principaux créanciers afin d'obtenir des rééchelonnements de dettes, mais il peut aussi être amené à résoudre toutes autres difficultés rencontrées par l'entreprise. L'objectif est d'éviter la cessation des paiements. Toutefois, rien ne pourra être imposé aux créanciers ou aux partenaires de l'entreprise. Pendant la durée du mandat, le dirigeant continue à diriger et gérer seul son entreprise." Cette collaboration peut prendre fin sur simple

[235] "*Un praticien libéral peut-il faire faillite ? Comment éviter la spirale économique de l'échec professionnel*". Mieux être pour mieux soigner, le 15 décembre 2010. Me Maïalen CONTIS, (Avocat - Toulouse)

[236] http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F22290.xhtml#N100DC : *Mise à jour le 26.02.2013 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre) ; Code du Commerce, art L611*

demande du président ou dès l'ouverture d'une procédure de sauvegarde, ou si un redressement ou une liquidation judiciaire est décidé.

99. **La conciliation**. Largement superposable au mandat ad hoc, il est ici question de désignation d'un conciliateur, lorsque l'activité éprouve des difficultés pouvant compromette sa pérennisation, et ce avant la cessation de paiements, conciliation qui va favoriser la bonne entente entre le médecin débiteur et ses différents créanciers. C'est ainsi qu'il est rappelé que : "*Cette procédure est ouverte à la demande du débiteur, et uniquement dans ce cas. Il doit présenter une requête au ... président de grande instance*"[237]. Cette demande respecte un délai, condition *sine qua non* d'une qualification de la conciliation, "*Pour y faire appel, l'entreprise doit rencontrer des difficultés juridiques, économiques ou financières existantes ou prévisibles, mais ne doit pas se trouver en état de cessation des paiements, ou alors l'être depuis moins de 45 jours*." Le conciliateur dont "*le choix est libre sous réserve d'incompatibilités",* a pour mission de *"favoriser la conclusion d'un accord amiable, entre le débiteur et ses principaux créanciers et partenaires, destiné à mettre fin aux difficultés de l'entreprise et assurer sa pérennité.*" Dans l'unique optique d'obtenir un accord de conciliation. Ce dernier "*doit permettre à l'entreprise d'obtenir des rééchelonnements ou des remises de dettes, des crédits nécessaires à la poursuite de l'activité ou encore d'envisager une restructuration*". Il peut faire l'objet d'un constat par le président du tribunal, qui "*lui donnera force exécutoire*".

Le lecteur notera, que la pudeur est de mise dans cette démarche juridique, puisque que, selon la même source : "*l'accord ne fait l'objet d'aucune publicité ; seuls les signataires en ont connaissance*". Toutefois, la force de l'accord peut être accrue si le débiteur fait la

[237] http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F22290.xhtml#N100DC : *Mise à jour le 26.02.2013 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre) ; Code du Commerce, art L611*

demande de son homologation auprès du président. Dans le cas où "*le débiteur n'est pas en cessation des paiements, l'accord est de nature à assurer la pérennité de l'entreprise, l'accord ne doit pas léser les intérêts des créanciers non signataires*" alors cette homologation peut être déclarée par le président concerné. Ainsi "l'*accord homologué produit des effets importants : outre l'interdiction ou l'arrêt de toute poursuite en justice de la part des signataires, il entraîne la levée de l'interdiction d'émettre des chèques pour le cas où elle existait avant la conciliation. Enfin, les créanciers ou partenaires qui s'engagent dans l'accord à apporter soit des fonds, soit des biens ou des services bénéficient d'un privilège, en obtenant une priorité de paiement sur les autres créanciers, si par la suite l'entreprise est l'objet d'un redressement ou d'une liquidation judiciaires*". Le tribunal mettra fin à la conciliation si "*des engagements inscrits dans l'accord ne sont pas respectés*" ou si "*la conclusion d'un accord s'avère impossible*".

100. **La sauvegarde**. toujours selon la même source, il est question ici d'une "procédure préventive qui doit permettre de traiter les difficultés d'une entreprise avant que celle-ci ne soit en cessation de paiement. Elle a pour but, par la mise en place d'un plan de sauvegarde, de permettre à l'entreprise de continuer son activité, au besoin en procédant à sa réorganisation, de maintenir l'emploi et d'apurer ses dettes"[238]. La demande est faite dans les même conditions que les deux autres procédures préventives, c'est à dire, par la personne débitrice concernée, et ce avant la cessation de paiement, auprès du président du tribunal de grande instance, avec l'ensemble des pièces justificatives[239]. C'est alors que "La procédure de

[238] http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F22290.xhtml#N100DC : *Mise à jour le 26.02.2013 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)*

[239] "*comptes annuels du dernier exercice, extrait d'immatriculation au RCS ou au répertoire des métiers ou, le cas échéant, le numéro unique d'identification, situation de trésorerie, compte de résultat prévisionnel, nombre des salariés et montant du chiffre d'affaires, à la clôture du dernier exercice comptable, état chiffré des créances et des dettes avec l'indication, du nom ou de la dénomination et du domicile ou siège des créanciers ainsi que, par créancier ou débiteur, le montant total des sommes à payer et à recouvrer au cours d'une période de 30 jours à compter de la demande, état actif et passif des sûretés ainsi que celui des engagements hors bilan, inventaire sommaire des biens du débiteur, nom et adresse des représentants du comité d'entreprise ou des*

sauvegarde débute par une période d'observation de 6 mois maximum renouvelable, sans pouvoir excéder 18 mois... La période d'observation sert à effectuer un bilan économique et social de l'entreprise et à étudier ses possibilités de rétablissement... Un inventaire des biens de l'entreprise est établi"[240]. L'annonce de l'ouverture d'une telle procédure aura alors pour effet immédiat d'arrêter "cours des intérêts (conventionnels, légaux, etc.) et majorations, à l'exception des prêts de plus d'1 an et des garants du débiteur. Il est interdit au débiteur : de payer toute créance antérieure au jugement d'ouverture, de payer toutes les créances postérieures au jugement d'ouverture, sauf si elles sont liées aux besoins de la vie courante du débiteur (personne physique) ou de nature alimentaire"[241]. Toujours par la même source, c'est à la fin de la période d'observation de la procédure de sauvegarde qu'il est décidément de la poursuite des évènements "soit par un plan de sauvegarde s'il existe une possibilité sérieuse pour l'entreprise d'être sauvegardée. Ce plan doit lui permettre de poursuivre son activité, de maintenir l'emploi et de rembourser ses dettes. Son contenu est variable : par exemple, il peut être décidé de changer de structure sociale, de céder ou au contraire d'ajouter une activité. Le plan définit les garanties éventuellement offertes par le débiteur pour en assurer l'exécution. La durée du plan ne peut excéder 10 ans. Si le débiteur n'exécute pas ses engagements dans les délais fixés par le plan, le tribunal peut décider d'y mettre fin. Il en est de même lorsque les difficultés qui ont justifié la procédure de sauvegarde ont disparu soit par l'ouverture d'un

---

délégués du personnel habilités à être entendus par le tribunal s'ils ont déjà été désignés, attestation sur l'honneur certifiant l'absence de mandat ad hoc ou de procédure de conciliation dans les 18 mois précédant la demande ou, dans le cas contraire, mentionnant la date de la désignation du mandataire ad hoc ou de l'ouverture de la procédure ainsi que l'autorité qui y a procédé, lorsque le débiteur exerce une profession libérale soumise à un statut ou dont le titre est protégé, la désignation de l'ordre professionnel ou de l'autorité dont il relève, lorsqu'il exploite une installation classée, la copie de la décision d'autorisation ou d'enregistrement ou la déclaration, lorsqu'il propose un administrateur à la désignation du tribunal, l'indication de l'identité et de l'adresse de la personne concernée."http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F22311.xhtml

[240] http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F22290.xhtml#N100DC
Mise à jour le 26.02.2013 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)

[241] *Ibidem*.

redressement judiciaire ou d'une liquidation judiciaire, si les conditions économiques et financières ne permettent pas d'envisager l'adoption d'un plan de sauvegarde"[242]

101. **Si le mal persiste**. Dans le cas extrême où le médecin débiteur n'a pas su faire les demandes de procédure de préservation de son activité, ou si ces dernières s'étaient avérées infructueuses, un état de cessation des paiements est alors redouté. Cet état correspond à "*l'impossibilité de régler ses dettes avec son actif disponible*"[243] et doit faire l'objet d'une déclaration de cessation des paiements appelé "dépôt de bilan" auprès du tribunal de grande instance, en ce qui concerne les médecins libéraux. Le gouvernement rappelle : "*La déclaration de cessation des paiements doit être déposée, dans un délai maximum de 45 jours suivant la date de cessation des paiements... au greffe du tribunal de grande instance... Une entreprise en cessation des paiements doit demander l'ouverture d'une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire dans un délai de 45 jours au plus tard suivant la date de cessation des paiements, sauf si dans le même temps elle a demandé l'ouverture d'une procédure de conciliation... Elle ne peut plus bénéficier de procédures préventives (mandat ad hoc, sauvegarde)... En l'absence de déclaration, le dirigeant ou le débiteur personne physique encourt des sanctions, notamment une interdiction de gérer*." [244]

102. **Le redressement judiciaire**. Il fait suite à la déclaration de cessation des paiements[245] comme le stipule le service public : " La procédure de redressement judiciaire, qui doit être mise en œuvre par toute entreprise en cessation de paiements, permet la poursuite de l'activité de l'entreprise, l'apurement de ses dettes et le maintien de l'emploi. Elle peut

[242] *Code du Commerce, art L611*
[243] http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F22290.xhtml#N100DC : *Mise à jour le 26.02.2013 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)*
[244] *Ibidem*.
[245] CARMF, praticiens médicaux et redressement judiciaire. Cass. 2e civ., 4 février 2010, pourvoi n°09-11602 ; Cass. 2e civ., 8 juillet 2010, pourvoi n°09-12696 ; Cass. 2e civ., 4 février 2010, pourvoi n°09-11602. Revue droit & santé n° 38. Cédric Riot.

donner lieu à l'adoption d'un plan de redressement à l'issue d'une période d'observation, pendant laquelle un bilan économique et social de l'entreprise est réalisé"[246] suite à une demande "du débiteur au plus tard dans les 45 jours suivant la cessation des paiements... d'un créancier... du procureur de la République sauf si une procédure de conciliation est en cours". Dans ce cas, il est effectué une période d'observation "de 6 mois maximum, renouvelable sans pouvoir dépasser 18 mois. Pendant cette phase, un bilan économique et social est réalisé... L'entreprise poursuit son activité. Elle est alors gérée par un administrateur judiciaire seul ou avec son dirigeant... L'ouverture de la procédure entraîne la suspension des poursuites : les créanciers qui existaient avant l'ouverture de la procédure ne peuvent plus engager de poursuites en justice ni procéder à des saisies pour faire exécuter des décisions déjà obtenues... Elle arrête aussi le cours de la plupart des intérêts et des majorations". Cette période d'observation a pour objectif soit de mettre "en place d'un plan de redressement, limité à 10 ans, si l'entreprise est viable. Ce plan prévoit notamment des mesures de réorganisation de l'entreprise qui doivent permettre le règlement de ses dettes et la poursuite de son activité", soit "la cessation partielle ou totale de l'activité", ou dans le pire scénario d'ouvrir une "liquidation judiciaire si la situation de l'entreprise ne peut pas s'améliorer".

103. **La liquidation judiciaire**. C'est le dernier recours pour le débiteur qui voit son activité stoppée. Comme le précise le site gouvernemental d'information : "*La liquidation judiciaire suppose que ... la personne physique concernée est en état de cessation des paiements et que son rétablissement est manifestement impossible. Elle met fin à l'activité du débiteur, dont les biens sont vendus pour permettre le paiement des différents créanciers*"[247]. Cette procédure est ouverte à la demande du débiteur ou des ses créanciers, mais peut être initié par le procureur de la République ou le tribunal qui peut se saisir lui même. Elle a un

[246] http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F22352.xhtml#N100E7 : *Mise à jour le 26.02.2013 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)*
[247] *Ibidem*.

effet immédiat : "*À partir du jugement qui prononce la liquidation judiciaire ... la personne concernée doit cesser immédiatement son activité, sauf autorisation du tribunal (pour une durée de 2 mois maximum). Le débiteur ne peut plus administrer ses biens tant que la liquidation judiciaire n'est pas close*". Mais surtout elle impose un "*arrêt des poursuites individuelles ... arrêt du cours des intérêts ... règlement des créanciers ...*". A ce moment, un mandataire judiciaire est nommé en qualité de liquidateur qui exercera l'ensemble de ses pouvoirs à la bonne cessation de l'activité[248]. Cette liquidation est réalisé sous contrôle d'un juge-commissaire "*qui est chargé de veiller au déroulement rapide de la procédure et à la protection des intérêts en présence*" et pendant le temps nécessaire à la clôture définitive de cette dite liquidation "l*orsque la poursuite des opérations de liquidation est rendue impossible en raison de l'insuffisance d'actifs, ou (exceptionnellement) lorsque le liquidateur dispose de sommes suffisantes pour désintéresser les créanciers. Les créanciers ne peuvent plus engager de poursuites individuelles à l'égard du débiteur sauf exceptions telles que fraude fiscale, dissimulation d'actif, sanction personnelle ou pénale*".

104. **En résumé.** Il existe donc trois procédures de prévention, qu'il revient au débiteur d'initier pour préserver son activité. Toutes trois ont pour objet de relancer l'activité en diminuant le passif pesant en terme de charge. Dans le cas contraire, une tentative de redressement est alors la première action curative, à laquelle pourrait faire suite une action de

[248] "*Dès l'ouverture de la procédure, le liquidateur : fait l'inventaire des biens de l'entreprise, gère l'entreprise durant la poursuite provisoire de l'activité dans le cas où elle a été autorisée par le tribunal, vérifie avec le débiteur si les créances déclarées sont certaines (non litigieuses et non contestées), liquides (montant déterminé), exigibles et s'assure de leur montant, effectue la vente des biens (marchandises, matériels, immeubles, droit au bail, etc.) soit dans le cadre d'une vente globale de l'entreprise (plan de cession), soit par des ventes séparées. Le liquidateur répartit les fonds entre les différents créanciers suivant le rang de chacun, procède aux licenciements des salariés sans avoir à obtenir d'autorisation préalable. Les licenciements doivent intervenir dans les 15 jours de la liquidation judiciaire, ou s'il y a eu autorisation de poursuite provisoire de l'activité, dans les 15 jours de la fin de cette période. Il effectue les demandes d'avance des créances salariales dues auprès de l'Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS), et règle les salariés, recouvre les sommes dues à l'entreprise, si nécessaire en justice*." http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F22330.xhtml : *Mise à jour le 26.02.2013 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)*

liquidation si la situation ne s'améliore pas. Tout cela est permis et régi par l'extension aux travailleurs libéraux de la loi "de sauvegarde des entreprises" n°2005-845 du 26 juillet par son décret d'application du 28 décembre 2005.

Chapitre 9 : Conditions exceptionnelles et Catastrophes naturelles

105. **De l'improbable, à l'assurance.** Par définition, rares, exceptionnelles, il est apparu difficile pour l'auteur de trouver une forme convenable pour construire un tel chapitre. Comment commencer cette partie qui semble, au final, n'être que le problème d'assureurs ? Justement, peut être tout simplement en commençant par l'étude du Code des assurances, et plus particulièrement en son article L 125-1, modifié par loi n°2007-1824 du 25 décembre 2007 - art. 95, qui dispose : "*Les contrats d'assurance, souscrits par toute personne physique ou morale autre que l'Etat et garantissant les dommages d'incendie ou tous autres dommages à des biens situés en France, ainsi que les dommages aux corps de véhicules terrestres à moteur, ouvrent droit à la garantie de l'assuré contre les effets des catastrophes naturelles, dont ceux des affaissements de terrain dus à des cavités souterraines et à des marnières sur les biens faisant l'objet de tels contrats. En outre, si l'assuré est couvert contre les pertes d'exploitation, cette garantie est étendue aux effets des catastrophes naturelles, dans les conditions prévues au contrat correspondant.*"[249]

Afin de ne laisser aucune ambigüité, une catastrophe naturelle est définie, au sein du même article : "*Sont considérés comme les effets des catastrophes naturelles, au sens du présent chapitre, les dommages matériels directs non assurables ayant eu pour cause déterminante l'intensité anormale d'un agent naturel, lorsque les mesures habituelles à prendre pour prévenir ces dommages n'ont pu empêcher leur survenance ou n'ont pu être prises*". Dans ces conditions et afin de diminuer le caractère péremptoire de la décision d'indemnisation, ce même article précise que : "*L'état de catastrophe naturelle est constaté par arrêté interministériel qui détermine les zones et les périodes où s'est située la catastrophe ainsi que la nature des dommages résultant de celle-ci couverts par la garantie*

[249] http://www.legifrance.gouv.fr

visée au premier alinéa du présent article. Cet arrêté précise, pour chaque commune ayant demandé la reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle, la décision des ministres. Cette décision est ensuite notifiée à chaque commune concernée par le représentant de l'Etat dans le département, assortie d'une motivation. L'arrêté doit être publié au Journal officiel dans un délai de trois mois à compter du dépôt des demandes à la préfecture. De manière exceptionnelle, si la durée des enquêtes diligentées par le représentant de l'Etat dans le département est supérieure à deux mois, l'arrêté est publié au plus tard deux mois après la réception du dossier par le ministre chargé de la sécurité civile. Aucune demande communale de reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle ne peut donner lieu à une décision favorable de reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle par arrêté interministériel lorsqu'elle intervient dix-huit mois après le début de l'événement naturel qui y donne naissance".

106. **Sur le plan professionnel**. Ces conditions sont bien différentes par rapport à celle des biens particuliers. C'est pourquoi, le gouvernement précise : "*L'assuré dispose alors de 10 jours à compter de la parution de cet arrêté au Journal officiel pour effectuer sa déclaration de sinistre auprès de son assurance*"[250]. Cette demande d'indemnisation est transmise à son assureur et doit contenir : "*un descriptif des dommages subis précisant leur nature, une liste chiffrée de tous les objets perdus ou endommagés accompagnée de tout type de documents permettant d'attester de l'existence et de la valeur des biens (factures, photographies, par exemples)*". Concernant les franchises, les mêmes services nous précisent : " *Pour les biens à usage professionnel : la franchise sera celle la plus élevée des 3 sommes suivantes : 10 % du montant des dommages par établissement et par événement, 1 140 € (ou 3 050 € si les dommages sont imputables aux mouvements de terrain consécutifs à une sécheresse), la franchise contractuelle*". Concernant les délais, il est indiqué que : "*Sauf en*

[250] http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F3076.xhtml#N10130

cas de stipulations plus favorables incluses dans son contrat, la victime doit être indemnisée dans un délai de 3 mois à compter : de la date de remise effective de l'état estimatif des biens endommagés, ou de l'arrêté de catastrophe naturelle, si sa publication est postérieure. En tout état de cause, une provision sur les indemnités dues au titre de cette garantie doit lui être versée dans les 2 mois : qui suivent la date de remise de l'état estimatif des biens endommagés ou des pertes subies, ou de l'arrêté de catastrophe naturelle, si sa publication est postérieure". Il est donc évident, que perdant son outil de travail, un médecin peut se retrouver vite en difficulté pendant ce délai. Là, où ce présent travail prend son intérêt est dans la mise à la lumière de la solidarité pouvant appuyer le médecin lésé.

107. **Entre aide et entraide**. Une référence nationale doit faire écho au sein de chaque médecin en difficulté. Pouvant aller bien au delà des problèmes exceptionnels ou de catastrophes naturelles, en cas de malheur professionnel, l'Ordre reste la première adresse de soutien et d'orientation. Que tous en soit avertis, le Code de la santé publique prévoit une entraide ordinale, en son article L 4121-1, qui dispose : "*L'ordre national des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes groupent obligatoirement tous les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes habilités à exercer*", et l'article L4122-2, qui dispose : "*Le conseil national fixe le montant de la cotisation versée à chaque ordre par toute personne inscrite au tableau, qu'elle soit physique ou morale ... Le conseil national gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner des oeuvres intéressant la profession médicale ainsi que des oeuvres d'entraide ...* "

Concernant ce même sujet, l'Ordre national des médecins précise : "*Nous avons tous en mémoire les catastrophes naturelles ces dernières années qui ont touché nos confrères de la Guadeloupe, plus récemment l'explosion à Toulouse, les inondations, tout récemment encore, dans le sud de la France. Ces confrères ont parfois, en quelques minutes, perdu leur*

matériel médical, leurs biens meubles, voire leur habitation. Face à une telle détresse, il était indispensable qu'en attendant le remboursement par leurs assurances, les Conseils Départementaux et le Conseil National participent à une entraide urgente dans le souci confraternel d'un soutien tant matériel que moral ; avec la constante écoute bienveillante de la Commission Nationale d'Entraide, nous sommes intervenues dans les meilleurs délais. Cette attribution d'entraide, pour autant qu'elle reste heureusement exceptionnelle, doit s'imposer dans l'immédiat compte tenu de la survenue brutale d'une précarité aux allures de catastrophe. La Commission Nationale d'Entraide est décidée à tenir compte de l'évolution de notre société et des orientations qui s'imposent sans discrimination, dans l'intérêt de nos confrères et si possible de façon valorisante et constructive"[251]. Cette entraide, pour plus de précision, fera l'objet d'une étude plus avancée en deuxième partie de ce présent travail.

108. **La fin d'un temps**. Qu'elle soit volontaire ou non, la cessation d'une activité, de façon temporaire, a montré un caractère protéiforme, rendant si compliqué l'organisation de l'ensemble de ses éléments. Toutefois, le lecteur a pu remarquer qu'il existe des points de similitude, et des leviers d'action identiques pour apporter des réponses à ses questions. L'étude de ce sujet, ne serait pas complet sans la qualification des interruptions définitives, d'une activité médicale libérale. C'est pourquoi l'auteur tente dans une seconde partie de se prêter à cet exercice en essayant, au mieux, de limiter les redondances issues du flou qu'il peut exister lorsque même cause de cessation temporaire engendre une cessation définitive.

[251] "*Rapport de la commission nationale permanente l'entraide ordinale*" : adopté lors des assises du Conseil national de l'ordre des médecins du 19 juin 2004, Dr POUILLARD (rapporteur), Drs Marie-Elisabeth DELGA, Maurice BERNARD-CATINAT, Francis MONTANÉ

2ème Partie : Interruption définitive

109. **Un bout d'infini**. C'est à ce niveau de l'étude que risquent de se multiplier les redondances. En effet, il parait évident que l'ensemble des causes temporaires d'une cessation d'activité libérale, peut à tout moment devenir une cause de cessation définitive. Une peine de prison à perpétuité, une grossesse qui aboutit à la décision d'arrêt d'activité, une maladie qui devient chronique et tant d'autres exemples de situations, impossible à énumérer de façon exhaustive. Aussi, afin de réaliser au mieux ce travail, et de garder en clarté, il est décidé de diviser ce titre en deux chapitres, les interruptions définitives volontaires et involontaires, comme a pu être divisé le titre précédent, qui concernait les cessations d'activité temporaire. Dans cette partie, ne sont étudiées que les causes principales de cessation d'activité définitive, sans tenir compte des causes pouvant être reliées à une cessation temporaire, afin de ne pas alourdir inutilement le présent travail. L'auteur garde pour objectif principal d'apporter les notions essentielles qui permettent de répondre aux lacunes de tout un chacun, afin d'orienter au mieux les lecteurs dans le besoin.

Titre 1 : Interruption Définitive et Volontaire

110. **"Baisser le rideau"**. A nouveau, la question ici, n'est pas de faire une tentative de procès à la définition du terme « désiré ». Mais dans un devoir de classification, il n'est pas dans l'intérêt de l'auteur de savoir, si un médecin qui ferme son cabinet pour changer d'activité, ou pour se retirer, ou pour d'autres raisons, le fait pour un motif désiré à l'origine. Prenons pour exemple la "cessation simple et définitive d'activité", le médecin pourrait simplement vouloir se reconvertir en ouvrant un commerce de fleurs car il ne supporte plus ses conditions de travail, ou qu'il a "frisé" un *burn-out*, une façon de se préserver... cette cause est elle désirée ? Mais, peut être a t-il gagné à la loterie une somme d'argent suffisamment conséquente pour finir sa vie au soleil sans travailler... cette cause est sûrement désirée ! Mais la démarche de fermeture reste la même et surtout, elle demeure le fruit d'une volonté. C'est en cela, que nous verrons dans ce chapitre, la cessation simple d'activité, qui restera le produit d'une volonté de s'arrêter de façon définitive, comme l'est, le deuxième paragraphe de ce même chapitre, concernant la retraite, qui permet au médecin, qui en exprime la volonté, de se retirer.

Chapitre 1 : Cessation simple

111. **Florilège incomplet**. Bien que désireux d'en être, il semble que l'hypothèse d'un gain massif et soudain à la loterie, d'une somme d'argent totalement indécente, reste une part probablement infime des causes de départ simples et définitifs. C'est donc en revenant sur une étude de la DRESS[252] qui *"... a cherché à repérer les facteurs de cessation d'activité précoce ou tardive des médecins généralistes libéraux, et de comprendre les mécanismes qui conduisent à arrêter très tôt ... l'exercice libéral de la médecine générale ..."*[253] que nous tentons, déjà de comprendre l'intérêt de cette partie. En effet, selon cette étude, les "*facteurs déterminant les départs précoces"* sont majoritairement "*des décalages entre les visions du métier, les idéaux professionnels et l'évolution de l'exercice*". Cette note de synthèse les caractérise particulièrement suite à l'étude : "*Ces médecins épanouis au travail s'opposent à leurs confrères reconvertis, pour la plupart naturellement vers le salariat, qui n'ont pas pu ou su poser à temps des limites à leurs rôles : dépassés par l'ampleur des demandes et/ou des problèmes de leurs patientèles, la plupart se sont retrouvés en situation d'épuisement professionnel sans avoir su ajuster leur organisation, anticiper le déroulement de leurs carrières. Ces médecins ont choisi des orientations de soins spécifiques qu'ils n'ont pas pu mettre en pratique : médecine «humanitaire» ou médecine «lente», ouvertes au «tout venant», en secteur 1, moins rentables dans le système du paiement à l'acte. La plupart de ces praticiens n'ont pas su refuser des prises en charge de patients ou des sollicitations à toute heure. De plus, ils exerçaient majoritairement dans les régions peu médicalisées, dans certaines zones rurales ou dans des banlieues «difficiles» par exemple. Ils ont été alors confrontés seuls, par choix ou non, à des réalités sociales pas ou peu abordées dans les formations initiales (contexte d'interculturalité, patients et familles cumulant des difficultés*

[252] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
[253] "Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux" Tome 1 Anne VEGA n° 73 – décembre 2007

économiques, suivis d'ordre psychologique ou psychiatrique). Leur territoire d'intervention était très large et/ou très complexe. Certains médecins ne sont pas parvenus à discuter avec des patients ou leurs proches pour lever des incompréhensions. D'autres ont refusé de se faire aider. Autrement dit, leur charge de travail a été également le résultat de leur propre comportement. Enfin, une minorité de praticiens étaient en recherche existentielle, et en réalité pas prêts à assumer les conséquences d'un mode d'exercice libéral : l'obligation de «faire du chiffre», la nécessité de gérer financièrement et administrativement leur cabinet, d'assumer seuls des responsabilités et des risques professionnels. La solitude professionnelle a été alors un des facteurs importants ayant motivé leur cessation d'exercice."

C'est ainsi que cette étude conclue en "*la nécessité d'une meilleure préparation à l'exercice médical et au statut libéral, mais aussi le besoin de soutien de médecins qui se retrouvent seuls. Il s'agirait alors de développer des formes d'écoute anonyme adaptées à leurs emplois du temps (écouter les écoutants au cas par cas, leur permettre de mettre des mots sur les difficultés qu'ils rencontrent, voire de faire se rencontrer ceux qui (ont) partagent (é) les mêmes interrogations), voire de multiplier et de publier les études réalisées sur la médecine générale.*", donnant un sens et un intérêt au présent travail, qui permet une information préventive, et parfois curative.

112. **Dernier impératif d' "un père hâtif"**. Si ce n'était pour se contredire, quand à sa volonté d'éviter les redondances, l'auteur reviendrait sur l'obligation de continuité des soins. En effet, cette état qui s'impose à tous médecins a déjà fait l'objet d'une explication dans le présent travail en son titre un de la même partie[254]. Toutefois, il est important de noter, ici, une différence de poids. Une nuance réside dans le fait d'un "non-retour" du médecin. Il n'est pas question, pour les patients, de revoir à nouveau le détenteur de toutes les informations

[254] Cf. paragraphe n°19

d'une vie. Ces informations étant regroupées au sein d'un même document, le dossier médical, il parait impossible de ne pas étudier, ici, le devenir de cette source de renseignements.

Soyons clairs ! Il convient dans un premier temps de déterminer ce qu'est un dossier médical, en médecine libéral. Ainsi, L'Ordre National des médecins, en s'appuyant sur l'article R 4127-45 du Code de la santé publique, qui dispose : "*Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques ... Pour le suivi de chaque patient, le médecin élabore un dossier professionnel ou fiche d'observation dont la rédaction n'est soumise à aucun formalisme. Il comporte des éléments objectifs cliniques et paracliniques nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques, à la nature des soins dispensés et aux prescriptions effectuées, pharmaceutiques notamment et les confidences éventuelles du patient. Ce dossier professionnel ou fiche d'observation appartient au médecin qui l'a établi."*[255]. L'Ordre des médecins, maintient une certaine distance entre d'un coté les "*divers dossiers médicaux prévus par la loi, par exemple, celui prévu dans les établissements de santé, celui prévu dans les EPAHD, celui prévu dans les centres de santé…*" en prenant en considération le "*dossier médical personnel (DMP), institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, qui appartient au patient et dans lequel chaque professionnel de santé reporte, à chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.*". Et de l'autre coté, "*Indépendamment de ces dossiers prévus par la loi, le médecin tient pour chaque patient un dossier professionnel qui correspond à la fiche d'observation*" que nous avons définit ci-dessus. Cette

[255] http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-45-fiche-d-observation-269 mis à jour le 11/10/12

distinction nette repose sur l'existence de l'article R1112-2[256] du Code de santé publique qui met à jour une liste exhaustive d'éléments qui doivent constituer le dossier d'un patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé.

Ceci mis au clair, il convient de rappeler l'article L111-7 du Code de la santé publique qui dispose : "*Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.*" Il parait donc difficile pour un médecin de partir sans crier gare, ou sans prendre un minimum de disposition. Mais quelles sont elles ?

[256] "*Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés : Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment : a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ; b) Les motifs d'hospitalisation ; c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ; d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ; e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ; f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ; g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ; h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ; i) Le dossier d'anesthésie ; j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ; k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ; l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ; m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ; n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ; o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ; p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ; q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice. 2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment : a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ; b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ; c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ; d) La fiche de liaison infirmière ; 3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers. Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.*"

C'est en revenant à l'analyse du Conseil de l'Ordre que nous pouvons lire : "*Il n'existe pas de prescription juridique déterminant la durée de conservation des archives des médecins libéraux...*"[257] Il a longtemps été fait débat de l'existence d'une prescription à 30 ans concernant la responsabilité civile professionnelle du médecin, opposée à la prescription à 10 ans issue de la loi du 4 mars 2002[258], à compter de la consolidation du dommage. C'est pourquoi l'Ordre propose : "*Dans ces conditions, il est conseillé aux médecins de s'aligner sur le délai minimal de vingt ans appliqué par les établissements de santé de façon à préserver la justification essentiellement médicale de cette durée, à conserver les preuves nécessaires à toute défense utile du médecin comme du patient, enfin, à garantir le droit d'accès des patients aux informations de santé les concernant très largement ouvert par la loi précitée du 4 mars 2002.*"

Il est donc de la responsabilité du médecin, de tenir à disposition ces informations auprès de ses anciens patients, pendant toute la durée de ce délai. Aussi, l'Ordre National conseille, néanmoins, dans son analyse de cet article 45 du Code de déontologie : "*Qu'il ait ou non un successeur, il est impératif que le médecin informe le Conseil départemental du lieu où sont conservés les dossiers professionnels ou fiches d'observation*"[259], car, en effet, l'option du successeur, très séduisante, ne dédouane en rien le médecin de ses obligations : "*Lors de la cession d'un cabinet, la transmission automatique de l'intégralité des dossiers professionnels ou fiches d'observation au médecin successeur ne peut être acceptée comme une règle. D'une part, parce que la "présentation du successeur à la patientèle" n'empêche*

[257] http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-45-fiche-d-observation-269
[258] Article L.1142-28 du code de la santé publique : "*Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage.*"
[259] Actuel art R4127-45 du code de la santé publique

nullement les patients de décider du choix d'un autre médecin et de demander en conséquence que le dossier professionnel ou la fiche d'observation les concernant, lui soit transmis."[260]

113. **Administrativement**. Ses dispositions prises, le médecin est libre de cesser son activité, volontairement, totalement, définitivement. Il prend soin de prévenir l'URSSAF, organisme agissant en qualité de centre des formalités des entreprises (CFE) pour les professions libérales, qui assure une interconnexion administrative entre caisse de retraite (CARMF); caisse d'assurance maladie (CPAM) et centre fiscal[261]. L'auteur ne peut qu'encourager le lecteur, intéressé, à prendre ses dispositions quelques mois en avance, et ce, même en devançant les interconnexions suscitées.

114. **Médecin un jour... Médecin toujours ?** Cette question trouve ses réponses au sein du Code de santé publique, en son article L4111-1, modifié par Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 2, qui qualifie la légitimité d'une personne à réaliser un acte médical, en disposant que : "*Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est : 1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ; 2° De nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre...*"[262] Il va de soi que le fait de suspendre son activité, ne retire en rien le diplôme du médecin

[260] http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-45-fiche-d-observation-269

[261] "*Le Centre de Formalités des Entreprises (CFE) a pour mission de simplifier vos démarches administratives au moment de la création, la modification ou la cessation de votre activité. Une seule déclaration est effectuée pour l'ensemble des organismes concernés (INSEE, Organismes sociaux, Urssaf, Centre des impôts, …) En tant que profession libérale, votre CFE compétent est l'Urssaf dans la circonscription de laquelle est situé votre lieu d'activité*" http://www.urssaf.fr/profil/independants/professionnel_de_sante_auxiliaire_medical/vous_-_vos_cotisations/formalites_01.html

[262] C. santé publique, art L4111-1

considéré, ce dernier répondra donc par définition à la première exigence du dit article. Selon le même raisonnement, ayant déjà pu exercer la médecine, puisque nous parlons de cessation d'activité, nous supposerons, que le médecin répond aux critères de nationalité exigés par le point numéro deux de cet article. La nuance réside au niveau du troisième point de l'article qui précise : "*3° Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6 et L. 4112-7.*" Or cette inscription n'a de valeur obligatoire que si le médecin souhaite garder une activité médicale, même à titre gratuit ou simplement personnel voir familial. En clair, il conserve une compétence matérielle (un "savoir faire") mais il perd la compétence juridique (faute d'inscription à l'Ordre). Cette décision lui revient de plein droit au même titre que sa décision volontaire de s'être arrêté. Une fois les obligations déontologico-administratives résolues, le médecin reste libre de cesser son activité sans autre raisons que son bon vouloir. Parmi ces cessations, il en reste une qui justifie son paragraphe dans ce présent travail. En pleine ère de réforme gouvernementales importantes, concernant ce sujet à l'échelle de l'ensemble des français, laissons nous entrainer à une analyse de la retraite actuelle des médecin libéraux.

Chapitre 2 : Retraite

115. **Une caisse**. Selon son propre site internet[263], créée en 1948 par décret[264], la CARMF reste la caisse principale de collecte, gestion et distribution des allocations retraites des médecins libéraux. Rappelons rapidement que cette organisme met à disposition quatre régimes obligatoires : un régime de prévoyance (régime invalidité-décès) [265] pour les incapacités temporaires mais que nous reverrons plus loin concernant les invalidités et les décès ; associé à trois régimes obligatoires de retraite (régime de base, régime complémentaire vieillesse, régime des allocations supplémentaires de vieillesse). Aussi, dans un souci de clarté, nous les verrons, successivement, de façon distincte. Le régime facultatif dit "CAPIMED" ne fera pas l'objet d'une étude en ce paragraphe.

116. **Régime de base**. Selon la même source, la CARMF a mis en place ce régime dès 1949, régime qui fonctionne en points et trimestres d'assurance. Les cotisations se divisent en deux tranches[266] et sont limitées[267]. Chaque tranche permettant de déterminer un nombre de points qui permettront le calcul du régime de base[268]. Cependant Il existe un forfait de cotisation en début de carrière avec une régularisation sur l'année "N+2"269. Au moment de

[263] http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/carm/carmf.htm
[264] Décret n°48-1179 du 1/07/48
[265] Cf. Paragraphe n°55
[266] "*Taux de cotisation : Tranche 1 : 9,75 % ; Tranche 2 : 1,81 %*"
http://www.carmf.fr
[267] "*Les deux tranches de cotisations du régime de base sont calculées, à titre provisionnel, en proportion des revenus non salariés nets de 2011 : Cotisation minimale : 190 € ; Cotisation maximale : 5 851 €*"
http://www.carmf.fr
[268] " *Depuis le 1er janvier 2004, les points sont accordés proportionnellement aux cotisations versées en fonction des revenus non salariés nets de l'année en cours. Pour 2013, 450 points peuvent être acquis avec la cotisation de la tranche 1 jusqu'à 31 477 € de revenus et 100 points supplémentaires avec la tranche 2 de 31 477 € à 185 160 € de revenus*." http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=retr-condi.htm
[269]" *Les cotisations dues au titre des deux premières années civiles d'affiliation, sont calculées sur des revenus forfaitaires (réduits au prorata de la durée d'affiliation si celle-ci est inférieure à une année) : 686 € en première année d'affiliation, calculée sur un montant forfaitaire correspondant à 19 % du plafond de la Sécurité sociale (PSS)* au 1er janvier 2013, soit 7 036 € x 9,75 % ; 975 € en deuxième année d'affiliation, calculée sur 27 % du plafond de la Sécurité sociale (PSS)* au 1er janvier 2013, soit 9 999 € x 9,75 %. Plafond de la Sécurité sociale pour 2013 : 37 032 €. Si le médecin estime que son revenu pour 2013 sera inférieur aux montants indiqués ci-*

la retraite, suite à une "*demande écrite au service allocataires ou sur l'espace personnel e-CARMF dans le courant du trimestre précédant la date d'effet choisie*"[270] les médecins libéraux peuvent bénéficier d'un régime de base, à partir d'un âge à définir : "*Le médecin peut bénéficier de la retraite du régime de base à taux plein dès qu'il totalise le nombre de trimestres d'assurance requis, tous régimes de base confondus. Ce nombre varie selon sa date de naissance. Cette condition n'existe pas dans les régimes complémentaire et ASV qui ne permettent un départ avant 65 ans qu'avec une minoration définitive, sauf cas particuliers (voir plus loin). Suite à la réforme de 2010 puis à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, l'âge de départ à la retraite est reporté pour les assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1954 pour être porté à 62 ans à compter du 1er janvier 2017*". En effet le nombre de trimestres d'assurance varie, au moment de la rédaction du présent travail, de 160 à 166 en fonction de facteurs multiples[271]. Précisons que ce régime permet aussi des départs en retraite avec décote[272] retraite de base minorée de 1.25% par trimestre manquant) et des départs avec surcote[273] (retraite de base majorée de 0.75% par trimestre supplémentaire).

---

dessus, il peut cotiser à titre provisionnel sur la base de 1 886 €, correspondant à 200 fois le montant horaire du Smic (9,43 €). Le médecin doit adresser une demande écrite à la CARMF dans les soixante jours qui suivent l'appel des cotisations. Les cotisations des deux premières années d'affiliation font également l'objet d'une régularisation en N+2." http://www.carmf.fr

[270] http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/retr/retr-deman.htm#dema

[271] "*La détermination de la durée d'assurance dépend : - des périodes de cotisations tous régimes confondus (un trimestre est attribué par tranche de revenu égale à 200 Smic horaires, dans la limite de 4, - des périodes d'exonération pour maladie et maternité (naissances antérieures au 1er janvier 2004), - des périodes d'exonération accordées aux créateurs de certaines entreprises, - des périodes d'exonération pour impécuniosité, - des périodes de bénéfice de la rente d'invalidité dans le cadre du régime invalidité-décès, - des périodes du service national obligatoire, - des périodes de maternité ou d'éducation des enfants sous certaines conditions, - des rachats éventuels, - de la majoration d'assurance pour enfant handicapé*" http://www.carmf.fr

[272] "*Si le médecin ne justifie pas du nombre de trimestres d'assurance requis, tous régimes de base confondus, sa retraite de base sera minorée de 1,25 % par trimestre manquant dans la limite de vingt trimestres. Pour déterminer la décote, le nombre de trimestres manquants pour atteindre le plafond requis est comparé au nombre de trimestres manquants pour atteindre l'âge de la retraite à taux plein. Le chiffre le plus favorable est retenu. La minoration maximale est de 25 %.*"

[273] "*Si le médecin totalise plus de trimestres d'assurance que le nombre requis tous régimes de base confondus, sa retraite de base sera majorée de 0,75 % par trimestre supplémentaire cotisé au-delà du nombre requis après le 1er janvier 2004 et après sa date d'effet de la retraite au plus tôt.*" http://www.carmf.fr

Ainsi, un médecin voit sa retraite de base calculée sur le nombre de points acquis ("*figurant sur l'appel de cotisation de janvier*") ; le nombre d'années de cotisations futures jusqu'à 65 ans ("*du 1er janvier 2013 au 1er jour du trimestre civil suivant le 65e anniversaire*") ; le nombre de points annuels à acquérir jusqu'à 65 ans ; ces éléments donnant un nombre total de points sur lequel est calculée la retraite en fonction de la valeur du point. ("*valeur du point au 01/04/2013 = 0,5620 €")*. Pour donner un exemple et un ordre de grandeur, la CARMF site : "*En fonction de la législation et des statuts en vigueur au 1er janvier 2013. Médecin né le 10 octobre 1948. Affilié depuis 30 ans. Revenu moyen de 80 000 € sur toute la durée de la carrière. Retraite au 1er janvier 2014 à 65 ans : Nombre de points acquis du 01/01/1983 au 31/12/2012 > 12 000 points ; Nombre d'années de cotisations futures jusqu'à 65 ans > du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013 = 1 an ; Points annuels à acquérir jusqu'à 65 ans avec un revenu de 80 000 € >T1 = 450 pts T2 = 31,6 pts : Total = 481,6 pts ; Nombre total de points = 12 481,6 points ; Retraite annuelle = 7014,66 €*"[274]. Pour le régime de base, auquel s'ajoute le régime complémentaire

117. **Régime complémentaire vieillesse**. Créé en 1949 par décret[275], il est géré en répartition provisionnée et fonctionne en points. Il n'est pas question ici du nombre de trimestres de cotisation, mais d'une retraite à taux plein à partir de 65ans[276], avec possibilité de minoration de 5% par année d'anticipation[277] : "*Les points sont acquis proportionnellement à la cotisation versée ... Depuis le 1er janvier 1996 : acquisition de points entièrement proportionnelle au revenu non salarié de l'année N-2 ... Pour 2013, un point est acquis pour 12 961 € de revenus dans la limite de 10 points maximum."*. Ainsi en reprenant l'exemple du

[274] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=retr-calcul.htm
[275] n° 49-579 du 22/04/49
[276] " *Dans ces régimes, seules les cotisations sont prises en compte, il n'y a pas, comme dans le régime de base, de notion de durée d'assurance. Retraite à taux plein à partir de 65 ans*" http://www.carmf.fr
[277] " *Une minoration définitive de 5 % est appliquée par année d'anticipation avant 65 ans avec un maximum de 25 %*" http://www.carmf.fr

"*Médecin né le 10 octobre 1948. Affilié depuis 30 ans. Revenu moyen de 80 000 € sur toute la durée de la carrière. Retraite au 1er janvier 2014 à 65 ans"*, ses allocations au titre du régime complémentaire seront de : "*Nombre de points acquis du 01/01/1983 au 31/12/2012 > 210 points ; Nombre d'années de cotisations futures jusqu'à 65 ans > du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013 = 1 an ; > Points annuels à acquérir jusqu'à 65 ans point par tranche de revenu de 12 961 € > revenu de 80 000 € : nombre de points = 80 000 € / 12 961 € = 6,16 points ; Nombre total de points = 216,16 points ; Valeur du point au 01/01/2013 > 77,40 € ; Retraite annuelle = 16 730,78 €*"[278]

118. **Régime des allocations supplémentaires de vieillesse**. Mis en place en 1972 par décret[279], il bénéficie aux médecins conventionnés, principalement au médecins du secteur 1 dont les deux tiers des cotisations seront pris en charge par la Caisse d'assurance maladie. Ce régime fonctionne en points qui sont "*acquis de manière forfaitaire selon l'année de cotisation*"[280]. L'âge d'acquisition de ses allocations est régi par les mêmes règles que celui du régime complémentaire vieillesse décrit dans le paragraphe ci-dessus. Ainsi en reprenant l'exemple du "*Médecin né le 10 octobre 1948. Affilié depuis 30 ans. Revenu moyen de 80 000 € sur toute la durée de la carrière. Retraite au 1er janvier 2014 à 65 ans"*, ses allocations au titre des allocation supplémentaires vieillesse s'élèveront : "*Nombre de points acquis du 01/01/1983 au 31/12/2012 > 845,60 points ; Nombre d'années de cotisations future jusqu'à 65 ans > du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013 = 1 an ; Points annuels à acquérir*

[278] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=retr-condi.htm
[279] Décret n°72-968 du 27/10/72, JORF28/10/72
[280] "*du 1er janvier 1960 et le 30 juin 1972, les cotisations volontaires annuelles ont rapporté 37,52 points ; en 1972, la cotisation est devenue obligatoire ; du 1er juillet 1972 au 31 décembre 1993, les cotisations obligatoires annuelles ont rapporté 30,16 points ; du 1er janvier 1994 au 31 décembre 2011, les cotisations obligatoires annuelles ont rapporté 27 points. ; depuis le 1er janvier 2012, la cotisation forfaitaire annuelle rapporte 27 points, la cotisation d'ajustement pouvant rapporter jusqu'à 9 points*."
http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=retr-condi.htm

jusqu'à 65 ans > 29,95 points ; Nombre total de points = 875,55 points ; Valeur du point au 01/01/2013 > 13 € ; Retraite annuelle= 11 382,15 €"[281]

119. **Soyons clairs**. Afin de préciser cet ordre de grandeur, le total de la pension versée dans l'ensemble de l'exemple pris correspond donc pour "*Médecin né le 10 octobre 1948. Affilié depuis 30 ans. Revenu moyen de 80 000 € sur toute la durée de la carrière. Retraite au 1er janvier 2014 à 65 ans : Total annuel = 7 014,66 € + 16 730,78 € + 11 382,15 € =* ***35 127,59 €***"[282]

120. **Divers, à savoir**. Il est précisé l'existence d'une majoration de 10% des allocations pour les familles de plus de trois enfant[283]. Il semble important de relever également la part des prélèvements sociaux : "*La CSG (6,6 %), la CRDS (0,5 %) et la CASA (0,3%) seront prélevées sur le montant total brut de la retraite (toutes majorations incluses hormis la majoration pour tierce personne)*" ; Concernant son inscription à l'Ordre et son droit de prescription, il est précisé : "*Si vous maintenez votre inscription au tableau de l'Ordre sous la rubrique "non exerçant - retraité", même au titre de l'inaptitude, vous conservez le droit de soigner gratuitement vos proches. Vous pourrez, à titre exceptionnel, donner des soins gratuits à d'autres personnes que votre entourage, en cas d'urgence ou de réquisition.*"[284] Comme nous avions déjà pu le préciser dans le paragraphe concernant la cessation simple et définitive d'activité.

121. **"Je presque pars pas".** Il est un cas particulier important à étudier à ce niveau. en effet, il existe une particularité en médecine libérale retrouvé souvent dans les dires

[281] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=retr-calcul.htm
[282] *Ibidem*.
[283] "*Une majoration est attribuée à l'allocataire ayant eu ou élevé sous certaines conditions, au moins trois enfants et correspond à 10 % de la pension des régimes complémentaire et ASV*." http://www.carmf.fr
[284] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=retr-deman.htm

et divers reportages sur le sujet, cette situation où un médecin à la retraite continue son activité pour diverses raisons : le temps que son successeur s'installe, le temps que ses patients trouvent un nouveau médecin, le temps d'achever un dossier qui lui tient à cœur faute de successeur etc etc etc. C'est ainsi que l'Ordre national explique: "*La loi Fillon du 21 août 2003 autorisait, les médecins libéraux ressortissant de la CARMF, à cumuler leur retraite des trois régimes avec une activité libérale sous quelque forme que ce soit, à condition que le revenu net tiré de cette activité soit inférieur au plafond de la SS. En cas de dépassement, la retraite était suspendue. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a libéralisé ce dispositif en supprimant le plafond de ressources autorisées. Désormais, les médecins retraités (s'ils ont liquidé l'ensemble de leurs pensions de retraite obligatoires et s'ils justifient d'une durée d'assurance suffisante pour obtenir une liquidation à taux plein ou s'ils ont atteint l'âge de 65 ans) peuvent cumuler leur retraite et le revenu d'une activité médicale libérale sans restriction. Le médecin retraité doit informer l'Ordre départemental et la CARMF de son activité libérale.*"[285] La CARMF confirme que : "*Chaque médecin s'il le souhaite peut continuer ou reprendre un exercice médical libéral pendant sa retraite. Les médecins retraités, sous réserve qu'ils aient liquidé l'ensemble de leurs retraites personnelles auprès des régimes de retraite obligatoires (de base et complémentaires, français et étrangers) dont ils ont relevé, peuvent cumuler sans limitation leur retraite et le revenu d'une activité professionnelle s'ils ont la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein ou, à défaut, à partir de l'âge de la retraite à taux plein. Les médecins ne remplissant pas ces conditions, peuvent quant à eux, exercer une activité procurant des revenus limités ... Lorsque le revenu est connu (2 ans après), s'il dépasse le plafond, le versement de la pension est suspendu un nombre de mois égal au rapport entre le montant du dépassement et le montant mensuel net de la retraite dans la limite de la durée d'affiliation*

[285] http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-cumul-de-retraite-et-d-activite-953
Mis à jour le 21/03/10

dans le cadre du cumul activité/retraite. Enfin, si le cumul plafonné n'a été exercé qu'une partie de l'année, le plafond de revenu annuel à ne pas dépasser est réduit au prorata."[286]

Dans ces conditions, le médecin retraité, en reprenant une activité, s'engage à cotiser à nouveau aux trois régimes pour la retraite : de base, complémentaire vieillesse et allocations supplémentaires vieillesse. Mais il est exonéré du régime invalidité-décès puisqu'il ne bénéficie plus des avantages de ce régime, par ailleurs les cotisations retraite perçues par la CARMF ne bonifie en rien la retraite de l'actuel retraité.[287,288] Le calcul de ces cotisations se fait sur un modèle quasi-identique à celui vu précédemment, et se différencie selon le secteur (1 ou 2) dans lequel pratique le médecin (Un régime de base en deux tranches de 9.75% à 1.81% pour la deuxième tranche ; Un régime complémentaire dans la limite de 3.5 PSS à 9.30% ; les allocations suppléments vieillesse qui varient selon le secteur et un plafonnement du revenu, dont une partie reste prise en charge par les caisses d'assurance maladie)

Il reste fortement conseillé par les deux sources considérées, de conserver son assurance responsabilité civile professionnelle, si la décision de reprise est déjà prévue au moment de la demande de retraite. En effet les assurances en question sont considérablement augmentées[289] dès lors que l'assureur considère le risque lié à l'âge du praticien.[290]

---

[286] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=retr-continuer.htm&ancre=modal

[287] "*Le médecin retraité qui reprend une activité libérale est soumis à l'obligation de cotiser aux régimes de Base, Complémentaire Vieillesse et ASV sans que ces cotisations génèrent des points ainsi qu'au Régime de l'Allocation de Remplacement de Revenu." http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-cumul-de-retraite-et-d-activite-953*

[288] " *Les médecins en cumul retraite / activité libérale ne cotisent plus au régime invalidité-décès. Le médecin et sa famille ne bénéficient plus de certaines prestations du régime invalidité-décès : indemnités journalières, rente invalidité, capital décès... Les médecins en cumul retraite / activité libérale doivent cotiser à la CARMF. Ils sont dispensés des cotisations au régime invalidité-décès. Les droits à la retraite étant liquidés à titre définitif, les cotisations ne donnent pas lieu à attribution de points de retraite et de trimestres d'assurance.*" http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=retr-continuer.htm&ancre=modal

[289] "*Un médecin en instance de retraite qui envisagerait de reprendre, à court terme, une activité médicale libérale doit conserver son assurance responsabilité civile professionnelle. La souscription d'un nouveau contrat*

122. **Un temps révolu**. Rappelons pour mémoire l'existence du MICA (Mesures incitatives de cessation anticipée d'activité) qui a été mis en place par la loi de financement relative à la sécurité sociale du 5 janvier 1988 en son article 4[291]. Ce dispositif proposait d'octroyer "*une allocation de remplacement de revenu aux médecins libéraux conventionnés choisissant de cesser leur activité avant l'âge de 65 ans. L'objectif initial de ce dispositif était de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses d'assurance maladie. Cette allocation est financée par des cotisations des praticiens conventionnés et par les caisses d'assurance maladie. Elle est gérée par la caisse autonome de retraite des médecins français.*" comme le souligne le Sénat[292]. Depuis lors, la démographie ayant bien changé, pour devenir ce désert qu'on nous démontre dans tous les différentes études[293] sur le sujet, il a été décidé d'abandonner ce dispositif en 2003 et de l'abroger en 2012[294], laissant place à la mise en œuvre de mesures incitatives à la reprise d'une activité à temps partiel pour les médecins en retraite : "*Parallèlement à la fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité des médecins libéraux ... projet de loi de financement vise à inciter les médecins et infirmiers, qui le souhaitent, à poursuivre ou à reprendre leur activité une fois en retraite. Cette possibilité vise notamment les zones à faible densité démographique*"[295]. Ces mesures

---

lors de cette reprise d'activité libérale entraînerait une augmentation considérable de la prime d'assurance du fait de l'accroissement - présumé par les assureurs - du risque lié à l'âge."
http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=retr-continuer.htm&ancre=modal

[290] "*Le médecin à la retraite qui reprend une activité libérale doit conserver le contrat d'assurance responsabilité civile qu'il avait souscrit afin de se protéger contre les risques toujours possible de contestations ou de plaintes de la part des patients*."
http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-cumul-de-retraite-et-d-activite-953

[291] "*Les médecins âgés de cinquante-sept ans au moins, relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale et qui cessent définitivement toute activité médicale non salariée avant le 1er octobre 2003, sauf exceptions définies par décret, reçoivent, sur leur demande, une allocation visant à leur garantir, au plus tard jusqu'à leur soixante-cinquième anniversaire, un revenu de remplacement, à condition de ne pas bénéficier à la date de la demande d'allocation ou pendant son service*"
http://legifrance.gouv.fr ; n°88-16, JORF 06/01/88, p 224

[292] http://www.senat.fr/rap/a02-053/a02-05311.html

[293] Atlas de la démographie médicale française 2011 : les jeunes médecins invitent leurs confrères à s'installer en libéral et Atlas Régionaux de la démographie médicale française : des disparités qui s'accentuent au niveau local.

[294] Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 article 78, JORF 18/12/2012, p.19821

[295] http://www.senat.fr/rap/a02-053/a02-05311.html

visant à renforcer l'activité des praticiens, elles ne s'appliquent pas, par définition au champs de notre étude, mais pourraient faire l'objet d'un travail intéressant.

123. **Une forme de prévoyance.** Afin de poursuivre l'étude des moyens de prévoyance pour la préparation à une cessation d'activité, et en particulier la retraite, il existe un encadré légal particulier, bien au delà des différentes assurances privées donc l'auteur ne fera pas la publicité en particulier. Cet encadré concerne le CAPIMED, selon la loi dite Madelin de 1994[296], qui correspond à un complément de retraite par capitalisation pour les médecins en faisant la demande avant l'âge de 70 ans. C'est ainsi que la CARMF précise en son site internet[297] : "*CAPIMED garantit au médecin libéral en exercice âgé de moins de 70 ans et au conjoint collaborateur affilié à la CARMF, un complément de retraite par capitalisation dans le cadre de la loi "Madelin" ... opération individuelle à adhésion facultative ... Paiement d'une rente ... demandé(e) entre 60 et 70 ans. En cas de décès de l'adhérent avant liquidation de sa retraite, le bénéficiaire désigné peut choisir : soit le versement d'une rente temporaire, soit à 60 ans une rente viagère. En cas de décès de l'adhérent après liquidation de sa retraite, la réversion est de 60 % au profit du bénéficiaire désigné. En cas d'invalidité totale et définitive avant la liquidation de la retraite, possibilité de demander le versement d'un capita ... Les excédents de gestion sont affectés à la revalorisation du point de retraite ... La faculté de rachat est prévue pour les périodes d'affiliation à la CARMF antérieures à l'adhésion à CAPIMED ...* La durée *dépend notamment de la situation patrimoniale du membre adhérent, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi ... L'adhérent peut désigner un bénéficiaire en cas de décès ou demander le versement de la contre valeur de 92 % des points en cas d'invalidité.*"

[296] Loi n°94-126 du11/02/94, JORF 13/02/94, p.2493
[297] http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/capim/capimed.htm

La signature d'un tel contrat se fait après décision d'une cotisation annuelle. Cette dernière se décline en deux options, elles mêmes divisées en dix classes, laissant un éventail de choix de cotisations large. Selon la même source : "*Le portefeuille de CAPIMED, investi en valeurs mobilières, doit satisfaire à l'obtention d'un taux minimum garanti ce qui conduit à privilégier les investissements sécurisants tels les Obligations Assimilables du Trésor (OAT) à taux fixe ou indexées sur l'inflation*". La CARMF assurerait un rendement net attribué de 4.01%[298] en 2012. L'intérêt réside dans la fiscalité, en effet, ce montage de prévoyance permet de bénéficier d'une déductibilité fiscale d'un plancher de 10% du PSS (soit 3703 euros en 2013) pour un plafond de 10 % du bénéfice imposable, dans la limite de 8 PSS + 15 % de la fraction du bénéfice imposable entre 1 et 8 PSS, soit 68 509 € maximum.

Cependant, devant la complexité et la technicité de ce montage, il est précisé que : "*Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du membre adhérent sur certaines dispositions essentielles de la note d'information. Il est important que le membre adhérent lise intégralement la note et pose tous les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le bulletin d'adhésion. La CARMF est à votre disposition pour toute information complémentaire*." L'auteur ne saurait que trop préconiser au lecteur intéressé le respect de ce conseil, la présente description n'ayant pas l'ambition de détailler l'ensemble de ce montage mais d'en préciser l'existence.

[298] "*Rendement moyen situé entre 3,23 % pour les cotisations versées en 2011 et en 2012 au taux technique de 1,75 % et 4,50 % pour les cotisations versées avant 2003 au taux technique de 3 %*"
http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=capim-rend.htm

Titre 2 : Interruption Définitive et Involontaire

124. **D'un ton solennel**. C'est en imaginant comment construire cette partie que l'auteur, dès le début de cette rédaction, s'est rendu compte que celle-ci n'allait pas avoir un air léger. Il persiste un ton grave dans "cessation d'activité définitive et involontaire" qui ne laisse que peut de place à un imaginaire optimiste. Si ce n'était pour parler de la suspension définitive du droit d'exercer qui a déjà fait l'objet d'une étude ci-dessus[299], dans sa version temporaire, sans que cela n'apporte réellement d'éléments nouveaux à ce travail, ou encore des autres causes d'arrêt temporaire involontaire qui se chroniciseraient, l'auteur risquerait d'alourdir, sans motif légitime, un travail qui pourrait déjà être perçu comme pesant. Cependant, il semble qu'une cause, mérite de s'attarder un peu sur sa chronicisation, il s'agit de l'état pathologique d'un médecin, devenant infirme. L'infirmité et l'invalidité, dans leurs versions partielle ou totale, vont modifier de façon permanente, et sans commune mesure, la vie d'une personne, il convient donc de s'arrêter le temps d'un paragraphe sur les répercussions qu'elle pourraient avoir sur une activité médicale libérale. Après quoi, cette étude se terminera, par la fin de tout à chacun, le dernier chapitre d'une vie, le décès.

[299] Cf. Paragraphe n°79

Chapitre 1 : Invalidité

125. **Entendons nous bien**. Dans un contexte pathologique, il est fait état d'un médecin se retrouvant dans l'impossibilité d'exercer définitivement. Qu'il s'agisse d'une incapacité physique ou psychiatrique, il convient de déterminer le seuil d'incapacité. Un médecin tétraplégique est il incapable de raisonner sur un diagnostic ? Aussi le Docteur Patrick Bouet rappelle que si "*l'on crée une gradation dans l'inaptitude, on permet à un médecin qui pour des raisons X serait inapte à l'exercice en contact avec des enfants, ou à l'impossibilité physique d'exercer (amputation d'un bras ou séropositivité pour un chirurgien), de pouvoir rester inscrit pour exercer une autre activité ou à mode d'exercice adapté aux conditions de l'exercice.*"[300]. En effet souvenons nous que le Code de la santé publique prévoit de telles situations en son article R 4124-3[301], ou encore en son article L4113-14[302], il existe des moyens de "neutralisation" des médecins considérés comme dangereux face à cela. C'est pourquoi : "*Les questions, plus précises, devraient tenir compte à la fois de la dangerosité mais aussi de la capacité ou de l'incapacité physique ou psychiatrique de poursuivre le mode d'activité en cours au moment de la demande. Les réponses devraient pouvoir différencier l'inaptitude totale pour dangerosité de l'incapacité*

[300] Le médecin malade : Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008 : Dr Bertrand LERICHE (Rapporteur), Drs Marc BIENCOURT, Patrick BOUET, Monique CARTON, Piernick CRESSARD, Jean-Marie FAROUDJA, Jacques LUCAS , Francis MONTANE, Jean-Claude MOULARD

[301] "*Dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession, la suspension temporaire du droit d'exercer est prononcée par le conseil régional ou interrégional pour une période déterminée, qui peut, s'il y a lieu, être renouvelée. Elle ne peut être ordonnée que sur un rapport motivé établi à la demande du conseil par trois médecins spécialistes désignés comme experts, désignés l'un par l'intéressé, le deuxième par le conseil départemental et le troisième par les deux premiers. En cas de carence de l'intéressé, la désignation du premier expert est faite à la demande du conseil par ordonnance du président du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve la résidence professionnelle de l'intéressé. Cette demande est dispensée de ministère d'avocat*"
http://www.legifrance.gouv.fr

[302] "*En cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients à un danger grave, le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension*."
http://www.legifrance.gouv.fr

partielle et aménager les conditions d'exercice ou des possibilités de maintien dans l'inscription ordinale sous conditions"[303]. Ces questions restent très complexes et font surtout appel à des notions éthiques, déontologiques et confraternelles. Certains cas sont simples, un médecin victime d'un accident qui cessera son activité face à son infirmité, et d'autres complexes, un médecin victime d'une maladie le rendant anosognosique, incapable de voir la nécessité de s'arrêter. Toutes les nuances de gris sont imaginables. Aussi, pour rendre cette étude accessible, loin de l'exhaustivité qui ne pourrait être atteinte, loin des réponses nécessairement tranchées issues du produit de la collégialité de l'Ordre, considérons la cessation d'activité définitive involontaire pour invalidité ; le cas d'un médecin invalide, interrompant son exercice de façon totale.

126. **Une vieille amie**. L'étude ne pourrait commencer autrement. Actrice et accompagnatrice principale de notre parcours professionnel en milieu libéral, la CARMF assure une prise en charge du médecin reconnu invalide au titre du régime "invalidité-décès". Dès la déclaration de situation d'incapacité établie, l'organisme prend en charge financièrement le médecin considéré. Afin de rendre clair ses objectifs et ses conditions d'attribution d'allocations, la CARMF définit une dichotomie claire. C'est ainsi qu'elle différencie le médecin invalide ayant ou non atteint l'âge minimum de la retraite. Cette scission marque une page importante. En effet un médecin en situation d'incapacité, ayant atteint l'âge de la retraite, demandeur d'une prévoyance auprès de la CARMF, se voit proposer une mise à la retraite dans les conditions prévues au paragraphes précédents[304]. Alors que pour bénéficier de cette prévoyance, la CARMF précise : "*Le médecin invalide n'ayant pas atteint l'âge minimum pour la retraite du régime de base perçoit une pension d'invalidité dont*

[303] Le médecin malade : Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008 : Dr Bertrand LERICHE (Rapporteur), Drs Marc BIENCOURT, Patrick BOUET, Monique CARTON, Piernick CRESSARD, Jean-Marie FAROUDJA, Jacques LUCAS , Francis MONTANE, Jean-Claude MOULARD

[304] Cf. Paragraphe n°115

le montant est fonction du nombre d'années de cotisations au régime invalidité-décès et de celui compris entre la date de son invalidité et la date à laquelle il atteindra l'âge minimum pour la retraite du régime de base."[305]

127. **Conditions**. Commençons par le commencement... Ne pas avoir atteint l'âge de la retraite mais... Être affilié bien entendu[306] ! En effet pour les évènements, à l'origine de l'état pathologique, antérieurs à la demande d'affiliation à la CARMF, aucune allocation n'est accordée, si le médecin ne peut justifier d'un minimum de 8 trimestres d'affiliation. Ainsi, il faut avoir un minimum de 15 trimestres d'affiliation pour percevoir l'allocation au taux plein, si l'état pathologique considéré est issu d'un évènement antérieur à l'affiliation. Par ailleurs cette pension se voit réduite du tiers si le médecin ne peut justifier de ces 15 trimestres.[307]

En dehors de ce contexte particulier d'affiliation postérieure à l'origine de la maladie ou de l'accident, la CARMF précise : "*Il n'est imposé de minimum, ni pour la durée d'exercice, ni pour le nombre d'années de cotisations, sauf lorsqu'il est médicalement décelé un état antérieur à l'affiliation. Le montant annuel moyen de la pension d'invalidité varie en 2013 : de 11 610,20€ en classe A, à 17 416,00€ en classe B, et à 23 220,40€ en classe C.*"[308] Pour mémoire, rappelons, comme au paragraphe des interruptions pour maladies temporaires[309], que la CARMF divise les médecins en trois classes différentes : La classe A[310]

[305] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-inva.htm
[306] "*Le médecin ne doit pas avoir atteint l'âge de départ à la retraite. Il doit être à jour de ses cotisations obligatoires et être reconnu absolument incapable d'exercer sa profession (autres professions possibles sauf professions de santé).*"
http://www.carmf.fr
[307] "*Si l'origine de la maladie ou de l'accident est antérieure à la demande d'affiliation à la CARMF, et si le médecin ne justifie pas de 8 trimestres d'affiliation, la pension d'invalidité n'est pas accordée. Le montant est réduit du tiers si ce médecin justifie de 8 à 15 trimestres d'affiliation.*"
http://www.carmf.fr
[308] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-inva.htm
[309] Cf. Paragraphe n°55
[310] "*Régime invalidité-décès : ... La cotisation forfaitaire ... la classe A s'élève à 604 € et concerne les médecins dont le revenu est inférieur à 1 PSS*"

qui concerne les médecins dont le revenu est inférieur à 1 PSS[311] ; La classe B[312] qui concerne les médecins dont le revenu est compris entre 1 PSS et 3 PSS ; et la classe C[313] qui concerne les médecins dont le revenu est supérieur ou égal à 3 PSS. Pour chaque classe, correspond un revenu particulier, donc une cotisation forfaitaire particulière, et au final une pension particulière. Toujours concernant les conditions, il est logiquement indiqué qu' "*En cas de reprise de toute profession de santé, le service de la pension d'invalidité cesse*"[314]. Dans les faits, l'initiation, le maintien, et la décision de rupture ou non de cette allocation est placé sous la responsabilité du médecin contrôleur[315] de la CARMF en relation avec l'Ordre.

128. **Les plus**. Il va de soi que ces sommes peuvent paraître légères à la vue des charges auxquelles un médecin doit faire face du fait de son ancienne activité. Il semble exister un "*gap*" entre son revenu au moment de son travail et celui de cette pension. Et s'il n'y a pas pris pas garde, en se couvrant d'une prévoyance complémentaire privée, un médecin se retrouverait vite lésé s'il devait subvenir aux besoins de sa famille. C'est pourquoi la CARMF précise, en son site internet : "*La pension est majorée de : 35 % si le médecin est marié depuis au moins 2 ans au moment du fait générateur de l'invalidité, (sauf dérogations statutaires), ..., plus 10 % si le médecin a eu au moins 3 enfants, plus 35 % si le médecin est dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie... Rentes aux enfants à charges : Chaque enfant perçoit une rente forfaitaire d'un montant de 6 468,80 € pour les classes A, B et C par an (taux annuel 2013)*". Concernant sa retraite à

[311] Plafond de la Sécurité Social, évaluée à 36 372 pour l'année 2012.
[312] "*Régime invalidité-décès : ... La cotisation forfaitaire ... la classe B à 720 € pour les revenus égaux ou supérieurs à 1 PSS et inférieurs à 3 PSS*"
[313] "*Régime invalidité-décès : ... La cotisation forfaitaire ... la classe C d'un montant de 836 € pour les revenus égaux ou supérieurs à 3 PSS.*"
[314] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-inva.htm
[315] "*Le médecin doit informer le plus tôt possible la CARMF de la cessation totale de ses activités en adressant au Médecin Contrôleur, sous pli cacheté, revêtu de la mention "confidentiel", un certificat médical comportant la date de l'arrêt total de travail, ainsi que la nature de la maladie (ou de l'accident), cause de la demande de pension d'invalidité*."
http://www.carmf.fr

venir, le médecin cotise gratuitement pour toute la durée pendant laquelle il bénéficie de cette allocation d'invalidité[316]. C'est à l'âge minimum légal pour la retraite du régime de base que son statut change au regard de la CARMF. Il est noté l'existence d'une situation particulière de préretraite, à taux réduit, pour les médecins âgés de plus de 62 ans, dans ce contexte de réforme de retraite, dont les lignes ne sont encore pas clairement dessinées.

129. **Cabinet et clientèle / Tout ou rien**. LA CARMF ne laisse pas de place au doute concernant ce point précis, comme vu précédemment[317] dans l'air des sacro-saintes sœurs "continuité" et "permanence" des soins, en cas d'incapacité temporaire pour la "*Situation du cabinet médical ... Le médecin a la possibilité de céder son cabinet médical, de le fermer ou de prendre un remplaçant.*"[318] alors même qu'il perçoit des indemnités journalières dans le cadre de sa cessation d'activité. En revanche, dans le cadre d'une invalidité, la pension peut être refusée au médecin, si sa situation administrative n'est pas au clair, concernant l'arrêt complet direct ou indirect de son activité. Sous entendu : "*Le médecin doit avoir cédé son cabinet médical, ou à défaut procédé à sa fermeture définitive.*"[319] Ainsi, le lecteur est renvoyé ci-dessus à la lecture du paragraphe sur la gestion d'une sa clientèle et surtout des dossiers médicaux dans le cas d'une cessation définitive d'activité, avec le rôle prépondérant de l'Ordre des médecins dans l'aide personnalisé et la gestion[320]

130. **De l'Ordre à l'impôt**. Une fois établie, la condition d'invalidité impose une cessation de son activité qui devra justifier d'une déclaration à l'Ordre soit pour une radiation du tableau soit pour l'inscription en qualité de "n'exerçant plus". Cette condition ouvre les

[316] *"Les années durant lesquelles le médecin a perçu l'allocation d'invalidité sont assimilées gratuitement à des années de cotisations et sont génératrices de points au titre des trois régimes de retraite (base, complémentaire et ASV)*." http://www.carmf.fr
[317] Cf. Paragraphe n°66
[318] http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/prev/prevoyance.htm
[319] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-inva.htm
[320] Cf. Paragraphe n°112

droits à une pension d'invalidité dont : "*La contribution sociale généralisée (CSG) de 6,60 % est prélevée sur le montant brut de la pension (à l'exception de la majoration pour tierce personne), sauf cas d'exonération en cas de non imposition. La contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) de 0,50 % est également prélevée sur le montant brut de la prestation (à l'exception de la majoration pour tierce personne), sauf cas d'exonération en cas de non imposition. La CASA (Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie) est également prélevée et s'élève à 0,3 % des pensions. Toutes les prestations sont soumises à l'impôt sur le revenu à la rubrique des pensions, retraites, rentes. En revanche, ne sont pas imposables la majoration familiale et la majoration pour tierce personne.*"[321]

131. **Soyons moins officiels**. Dans cette atmosphère épurée de tout sentiment, où les chiffres sont discutés à la décimale près, rapprochons nous de l'être humain, le temps d'un paragraphe, rappelons l'importance de la solidarité ; Que devient elle ? Bien sûr nous avons vu le rôle important de l'Ordre tout au long des différentes pages de ce travail. Pourtant ce dernier serait bien incomplet s'il ne faisait pas mention d'une association. Dans un tableau entaché par les couleurs de la maladie, de l'accident ou, nous le verrons par la suite, de la mort, une association offre son temps, son aide et ses moyens à la famille du médecin considéré. Il s'agit de l'Aide aux Familles et Entraide Médical (AFEM), pour la décrire, sans la dénaturer, cette association se présente elle même ainsi : "*Association Loi 1901 créée en 1945 par le Professeur Lemierre et Madame d'Allaines, l'AFEM avait pour mission, à ses débuts, d'aider les veuves de médecins disparus pendant la guerre et dont personne n'imaginait le dénuement. Progressivement cette action, sous l'égide de Mesdames Milliez et Guillaumat, s'est étendue aux familles médicales qui connaissent la détresse causée par l'accident, la maladie ou la mort du médecin. Ces situations signalées par des délégués dans*

[321] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-inva.htm

toute la France permettent à l'AFEM d'orienter spécifiquement ses actions vers les enfants et les étudiants soutenus jusqu'au bout de leur parcours. L'AFEM apporte un soutien moral et une aide financière sous-différentes formes telles que : Bourses d'études, Aides de rentrée ou de vacances, Secours d'urgence... L'AFEM a ainsi distribué plus de 1100 bourses d'études en plus de 20 ans et aidé de nombreuses familles à surmonter des difficultés par un contact personnalisé et un échange permanent avec ces familles... L'AFEM est gérée bénévolement. Elle recueille ses fonds auprès de donateurs : médecins, organismes et entreprises liées à la profession médicale (Académie de Médecine, Conseils de l'Ordre, Mutuelles et certains Laboratoires). Elle ne reçoit aucune aide de l'Etat ou de collectivités locales."[322]

Il s'agit donc d'une aide personnalisée, attribuée selon les cas aux familles demandeuses, selon trois sortes : **Le secours d'urgence** ("*Alors qu'au moment d'un drame familial ... les aides administratives sont un peu longues à se mettre en place, l' AFEM sait se mobiliser très rapidement pour apporter une aide. D' un montant de 3 000 €, il conduit presque toujours à un suivi personnalisé.*") ; **l'aide de rentrée** ("*D'un montant de 1 500 à 3 000 €, selon le nombre d'enfants et leur âge. Cette aide va contribuer à financer les dépenses de rentrée scolaire.*") ; **l'aide d'été** ("*D'un montant de 1 500 à 3 000 €, contribue à financer les stages, séjours linguistiques, centres de loisirs...*").

L'association propose aussi une aide aux étudiants[323] : pour les enfants de médecin, âgé de moins de 27ans et poursuivant des études supérieures ou une formation professionnelle. Ils peuvent bénéficier d'une aide aux études[324] pour les cas les moins graves,

[322] http://www.afem.net/afem.php

[323] "*L'aide aux enfants de médecins est ouverte à toute famille en difficulté, qu'elle ait été ou non adhérente à l'AFEM ... Pour en bénéficier, les conditions requises par l'Association sont simples : être enfant de médecin, être âgé de moins de 27 ans et poursuivre des études supérieures ou une formation professionnelle.*"
http://www.afem.net/aide_etudiants.php

[324] "*Elle est d'un montant annuel de 3 500 € versé en 2 fois. Cette aide est attribuée à des familles dont la situation financière est moins grave ou lorsque le logement ou le coût des études est moins onéreux... Ces aides*

d'un montant annuel de 3500€ versé en 2 fois à une bourse d'études[325] d'un montant annuel de 5400€ versée en deux fois pour les familles les plus en difficultés. Une aide complémentaire[326] d'un montant maximum de 1550€ peut être dispensée, sur justificatifs, pour couvrir les frais exceptionnels (inscriptions, déplacement, achat d'équipement...)

Bien que, initialement créer pour les familles et les veuves de médecins décédés, cette association a étendu son action, pour couvrir une partie des besoins des familles dont les ressources sont amoindries suite à une difficulté éprouvée par la figure paternelle alors médecin. L'évolution se note aussi dans la présentation même de l'association qui s'adressait à l'origine aux veuves, alors qu'aujourd'hui elle pourrait tout aussi bien s'adresser aux veufs. Et comment ne pas profiter de cette transition facile ? Si veuvage il y a, alors décès il existe.

---

peuvent aussi soutenir plusieurs jeunes d'une même famille et être attribuées à d'anciens boursiers lorsqu'ils prolongent leurs études ou font une spécialisation d'un an. En 2009/2010 90 aides aux études ont été distribuées , l'octroi des bourses et des aides aux études se fait annuellement sur examen de dossiers."
http://www.afem.net/aide_etudiants.php

[325] "*D'un montant annuel de 5 400 €, versée en 2 fois , elle est attribuée en fonction des conditions de ressources, du coût des études, de la motivation de l'étudiant et du cursus, ceci grâce à la générosité des médecins, des Conseils de l'Ordre, de l'Académie de Médecine, des Mutuelles et de certains Laboratoires. Les boursiers suivent les orientations les plus diverses : Médecine et métiers paramédicaux, Droit, Ecoles d'Ingénieur ou de Commerce, Informatique, Agronomie, Lettres, Langues, Beaux-Arts etc….*"
http://www.afem.net/aide_etudiants.php

[326] "D'un montant maximum de 1 550 € elle permet de prendre en charge, sur justificatif des frais exceptionnels auxquels l'étudiant peut être confronté : Frais d'inscription coûteux (écoles préparatoires, concours, conférences…) ; Frais de déplacement (stages ou concours) ; Achats d'équipement informatique et de documentation."
http://www.afem.net/aide_etudiants.php

Chapitre 2 : Décès

132. **La dette que tout homme doit payer**. Etat de cessation définitive, que l'auteur considère involontaire pour éviter tous débats éthiques stériles et afin de ménager la sensibilité des personnes qui seraient concernées, le décès d'un médecin libéral soulève quelques problématiques. En effet, le cadre d'étude n'est pas le même selon si le médecin décède alors qu'il était en activité, en invalidité ou retraité. Les enjeux ne sont pas les mêmes et les directives différentes. Ainsi, un médecin décédant alors qu'il était en activité, laisse entrevoir une notion d'urgence, pour sa famille, pour ses patients. Alors, qu'*a priori*, un décès survenant suite à une invalidité ou à une retraite, avec tout le recul pris, semble dépourvu de critère d'urgence. Dans tous les cas il persistera des similitudes, et des acteurs principaux identiques déjà vu tout au long de notre périple.

133. **L'oscar**. Acteur vedette de la prise en charge sociale du médecin, la CARMF prévoit, dans son fonctionnement, la gestion des différents cas de figure auxquels elle pourrait avoir à faire face. Aussi, toutes les démarches sont initiées par un seul document, le certificat de décès : "*La CARMF doit en être avisée le plus tôt possible au moyen d'un certificat de décès (pour permettre l'établissement des droits et de ceux des enfants à charge dans le cadre des régimes de prévoyance et/ou de retraite)."*[327]. A partir de ce document, et selon les cas de figure, la CARMF "démarre" les différents moyens à sa disposition pour aider la famille, les proches.

134. **Décès d'un médecin en activité**. Ne concernant que les activités libérales, la CARMF assure une couverture financière pour le conjoint et les enfants en fonction de l'âge de ceux-ci. Ainsi, les enfants orphelins de moins de 21ans (25ans pour les étudiants) peuvent

[327] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-dc.htm

prétendre à une rente temporaire[328]. Par ailleurs, le conjoint peut prétendre à une indemnité décès cumulée à un service de rente temporaire s'il est âgé de moins de 60ans. Passé l'âge cité, un système de pension de réversion est installé[329]. En dehors du cadre des activités non libérales, que le médecin aurait pu avoir de son vivant, dans un contexte salarié, nous préciserons simplement que la CARMF explique : "*En dehors de son activité médicale libérale, il exerçait ou avait exercé une activité salariée relevant du régime général de la Sécurité sociale. Ce régime prévoit sous certaines conditions, le versement d'une pension de réversion ... Il convient là encore d'en faire une demande aux caisses dont le médecin dépendait ... En dehors de son activité médicale libérale, il exerçait ou avait exercé une activité relevant d'un régime autre que celui de la Sécurité sociale. Chaque organisme auprès duquel il était ou avait été inscrit, devra être contacté en vue de connaître les conditions à remplir pour obtenir les avantages offerts par chacun de ces organismes.*"[330]

135. **Décès d'un médecin en invalidité ou retraité**. Dans les deux cas est considéré le décès d'un médecin qui, *de facto*, percevait une rente de la CARMF, soit par le régime de retraite, soit par le régime invalidité-décès. Dans le cas d'une invalidité, il n'y a pas transmission automatique de la rente perçue par le médecin à ses proches, et le cas de la famille est pris en compte au même titre qu'un décès survenant pendant l'activité du

[328] "*Le versement d'une rente temporaire est prévue en faveur de chaque enfant orphelin jusqu'à 21 ans (ou 25 ans s'il est à charge et poursuit des études). Si le médecin exerçait la médecine libérale sous convention et relevait du régime des avantages sociaux maladie des médecins conventionnés qui est une extension du régime général de la Sécurité sociale, s'adresser à la caisse primaire dont dépendait le médecin en vue de percevoir le capital décès*." http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-dc.htm

[329] "*Une fois avisée du décès, la CARMF invitera le conjoint survivant à constituer un dossier qui permettra de lui allouer après examen de ce dernier : si le conjoint survivant est âgé de moins de 60 ans : le service d'une rente temporaire, une indemnité décès, une pension de réversion au titre du régime de base s'il (elle) est âgé(e) de 55 ans au 01/01/2013 ; si le conjoint survivant est âgé de plus de 60 ans : le service d'une pension de réversion, une indemnité décès.*" http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-dc.htm

[330] http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-dc.htm

médecin[331]. Alors que dans le cas d'un décès survenant pendant une retraite, la famille ne peut prétendre à une indemnité décès. En revanche, le conjoint doit se rapprocher de la CARMF pour faire valoir ses droits de pension de réversion et les enfants peuvent réaliser une demande d'indemnité selon les âges sus-cités[332].

136. **Quelques chiffres**. L'indemnité décès citée précédemment s'élève à 39 500€ en 2013 et sera versée, en une fois, au conjoint survivant d'un médecin à jour de ses cotisations, ou a défaut à ses descendants[333]. La rente du conjoint survivant varie (en 2013) entre 6 187.50€ et 12 375.00€ par an selon les cotisations et leur durée prélevées au médecin durant son activité[334]. De leur coté, les enfants, peuvent bénéficier d'une rente de 7 287.50€ par an,

---

[331] "*Décès d'un médecin en invalidité : Le médecin est décédé alors que la CARMF lui servait une pension d'invalidité ou l'allocation de remplacement de revenu. La situation du conjoint survivant et celle des enfants seront examinées par la CARMF conformément aux indications portées dans le paragraphe relatif au décès du médecin en activité.*" http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-dc.htm

[332] "*Décès d'un médecin retraité : Le conjoint survivant doit se mettre en relation avec l'ensemble des organismes qui lui allouaient une allocation ou une prestation en vue de faire valoir ses droits à une rente ou à une pension de réversion. De son côté, la CARMF lui proposera de constituer un dossier pour l'établissement de ses droits et s'il y a lieu de ceux des enfants, mais il n'y a pas de versement de l'indemnité décès.*"
http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-dc.htm

[333] "*L'indemnité décès est versée au conjoint survivant justifiant de deux années de mariage avec le médecin au moment du décès, et le médecin devait être cotisant (à jour de ses cotisations, ou bénéficiaire de la pension d'invalidité ou de l'allocation de remplacement de revenu) sans avoir atteint l'âge de 75 ans. À défaut de conjoint survivant, les enfants âgés de moins de 21 ans et/ou les majeurs infirmes à la charge totale du défunt, ou à défaut le père et/ou la mère du médecin à la charge du défunt. Toutefois en présence simultanée d'enfants âgés de 25 ans ou plus, remplissant les conditions d'octroi de la rente temporaire, il sera également procédé à ce partage.*" http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-dc.htm

[334] *"Détermination de la rente : Les années de cotisations au titre du régime invalidité-décès, d'invalidité (s'il y a lieu) et celles comprises entre le décès du médecin et la date à laquelle il aurait atteint son 60e anniversaire, déterminent le nombre de points auquel correspond la rente dont le montant ne peut être inférieur à un minimum fixé. Cette rente varie en fonction de l'âge du conjoint survivant... de 6 187,50 € à 12 375,00 € par an majorée de 10 % si 3 enfants sont issus de l'union avec le médecin ... jusqu'à 60 ans âge d'ouverture des droits à la retraite de réversion ... Elle peut se cumuler avec un revenu d'activité ou avec un avantage de retraite (personnelle, réversion). Toutefois, la pension de réversion du régime de base servie par la CARMF ne pourra se cumuler que dans la limite de 12 375 € (montant maximum pouvant être attribué pour la rente temporaire) ... Le conjoint survivant doit être âgé de moins de 60 ans et marié depuis plus de deux ans (sauf dérogations statutaires). Le PACS n'ouvre pas de droits aux prestations du régime invalidité-décès ... Si le médecin était cotisant, il devait être à jour de ses cotisations. Le conjoint survivant âgé de plus de 60 ans ne peut prétendre à la rente temporaire mais à une retraite de réversion."*
http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-dc.htm

chacun ou de 9 070.00€ par an s'ils sont orphelins de père et de mère, jusqu'à leur 21 ans, sans restriction de droit, ou jusqu'à leurs 25ans dans le cas de poursuite d'étude[335].

137. **Second rôle**. Rappelons brièvement, que dans le cadre de son statut de praticien ou auxiliaire médical conventionné (PAMC), au regard de la CPAM, la famille du défunt peut prétendre au capital décès. En effet, ce statut particulier, permet la couverture des soins médicaux, le versement d'indemnité dans le cadre de la maternité ou de la paternité ou de l'adoption comme nous l'avons déjà vu au paragraphe du même nom, mais aussi l'obtention d'un capital décès au même titre que les autres assurés sociaux[336]. "*Garanti par l'assurance décès du régime général, le droit au capital décès vous est ouvert en cas de décès d'un assuré social, si vous étiez son ayant droit. Le versement du capital décès est effectué en priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré décédé, sinon, au conjoint survivant non séparé, au partenaire lié au défunt par un pacte civil de solidarité ou à défaut aux descendants, sinon, aux ascendants. Le capital décès peut être demandé dans un délai de 2 ans à compter de la date du décès.*"[337]. Le montant du capital

[335] "*Enfants à charge : Taux moyen 2013 De 7 287,50 € par an et par enfant ou de 9 075,00 € par an s'il est orphelin de père et de mère. Jusqu'à l'âge de 21 ans, sans restrictions de droits. Sur décision du Conseil d'administration jusqu'à 25 ans, si l'enfant à charge justifie poursuivre ses études. La CARMF gère un fonds d'action sociale (FAS) destiné à aider les prestataires les plus démunis ou ceux qui doivent temporairement faire face à des frais qu'ils ne peuvent supporter. Le titulaire de la rente temporaire peut donc formuler une demande d'aide financière s'il estime se trouver dans une telle situation ... Durée de versement : Le paiement de la rente temporaire peut être accordé jusqu'à l'âge de 25 ans si l'enfant à charge justifie poursuivre ses études. Le contrôle de la poursuite des études est exercé chaque année, en octobre. Par "poursuite des études", il convient d'entendre le fait de fréquenter avec assiduité un établissement où est donnée une instruction générale, technologique ou professionnelle, comportant notamment des conditions de travail et de résultats telles que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels ou de carrières publiques ou privées."*
http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-dc.htm

[336] "*Vous pouvez bénéficier : du remboursement de vos soins ; du versement d'indemnités ou d'allocations en cas de congé maternité, paternité ou d'adoption ... ; du capital décès."*
http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-praticien-ou-auxiliaire-medical.php

[337] http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-perdu-un-proche/le-capital-deces.php

décès est fixé selon les revenus du praticien pour un montant maximum de 9 258.00€ qui ne sont pas soumis aux différentes contributions sociales[338].

138. **Finissons par la fin**. La clientèle, symbole proportionnel de réussite et objet de revenu pour le médecin, source de joie, de tracas et parfois d'affection empathique voir amicale, ce petit échantillon de population n'est pas subordonné au sort de son médecin. Bien entendu, nous avons déjà détaillé ce point[339], mais l'auteur tient à préciser un cas particulier. En effet, dans le cadre d'un décès suite à une retraite ou à une maladie, le médecin a, le plus souvent, pris ses dispositions pour mettre à l'abri sa clientèle et les dossiers qu'il a tenu toutes ces années. Ce cadre est donc, d'une certaine façon, dénué de notion d'urgence. Or comme nous avons déjà pu l'expliciter, il persiste un cas où la notion relative d'urgence peut s'imposer à la famille, principalement quand il est question d'un décès non attendu du médecin. Dans ce contexte nous faisons appel à la notion de "brutalité", en son caractère temporel, qui induit un décès soudain. C'est ainsi que le conseil national de l'Ordre a pu commenter l'article R.4127-45 du code de la santé publique[340] : "*Lors de l'arrêt brutal et définitif de l'activité d'un médecin, provoqué par la maladie ou la mort, son successeur doit transmettre les dossiers professionnels ou fiches d'observation, aux médecins désignés par les patients qui ne désirent*

[338] "*Le montant du capital décès est fixé en fonction des revenus que percevait l'assuré décédé. Il représente 91,25 fois le gain journalier de base*. Il ne peut être inférieur à 1 % du montant du plafond annuel de la sécurité sociale et ne peut être supérieur au quart de celui-ci. (* Le gain journalier de base est égal à 1/91,25 du montant des 3 ou 6 derniers salaires antérieurs à la date de cessation d'activité selon que le salaire est réglé mensuellement ou par quinzaine.) Capital décès au 1er janvier 2013 : Montant minimum 370,32 euros ; Montant maximum 9 258,00 euros. Le capital décès n'est pas soumis à la contribution sociale généralisée (CSG), ni à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ni aux cotisations de sécurité sociale, ni à l'impôt sur les successions."*

http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-perdu-un-proche/le-capital-deces.php

[339] Cf. Paragraphe n°112

[340] "*Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant."* http://www.legifrance.gouv.fr

pas être suivis par lui. Si le médecin n'a pas de successeur, le conseil départemental apportera son aide pour assurer la transmission des documents demandés par les patients, dans les mêmes conditions que le successeur. Cependant l'archivage du reliquat des dossiers professionnels ou fiches d'observation restera de la responsabilité des héritiers du médecin."[341] Aussi, encore une fois, de son vivant, le médecin ne saura trop conseiller sa famille de se rapprocher au plus vite de son Ordre en cas de drame[342].

139. **Post-scriptum**. Nous en avons déjà parlé, mais l'auteur se doit de faire ce lien afin de boucler la boucle. Rappelons qu'initialement, l'AFEM (Aides aux Familles et Entraide Médicale) avait "*pour mission, à ses débuts, d'aider les veuves de médecins disparus pendant la guerre et dont personne n'imaginait le dénuement*." mais que "*progressivement cette action ... s'est étendue aux familles médicales qui connaissent la détresse causée par l'accident, la maladie ou la mort du médecin.*" [343]. C'est pourquoi, afin de ne pas alourdir inutilement ce travail, le lecteur est renvoyé au paragraphe concernant l'invalidité[344].

140. **19 causes et après ?** C'est ainsi que nous venons de voir 19 causes de cessation d'activité médicale libérale. Qu'elles soient temporaires ou définitives, volontaires ou non, partielles ou totales, brutales ou progressives, l'auteur est tenté d'extraire l'essence de chacune. Mais l'aspirant à la rédaction n'est pas dupe, il sait que son travail ne peut être exhaustif. Qu'à chaque cas correspondra, un environnement, des conditions, des aléas. L'auteur aura simplement tenté de mettre la lumière sur les principaux acteurs de la fin d'une activité.

[341] http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-45-fiche-d-observation-269
[342] Les "notes personnelles" du médecin ? : les conséquences d'un décret d'arrière garde. le décret du 7 mais 2012. Revue droit & santé n°49. Caroline Zorn-Macrez.
[343] http://www.afem.net/afem.php
[344] Cf. Paragraphe n°131

CONCLUSION

141. Ainsi, c'est après ce travail de synthèse, que l'auteur, doit se prêter à l'exercice de celui de la rédaction d'une conclusion. Cette dernière n'aurait pas d'intérêt sous la forme d'une simple récapitulation de données déjà détaillées. Aussi, il n'existe pas de résultat issu d'une étude, que ce présent travail pourrait offrir en conclusion, ouvrant la porte à une nouvelle discussion, "*pain béni*" pour l'exercice de cette rédaction. C'est pourquoi le néophyte, qui étudie la fin de l'activité du titre auquel il prétend, s'interroge sur le besoin concret de recherches, qu'il a du réaliser afin de parvenir à la rédaction de ce document. Autrement dit, pourquoi ne le savait il pas déjà ? Mais par dessus tout, il convient de soulever la question du manque de connaissances de ces données par les acteurs libéraux de la santé eux même. S'il poussait le vice interrogatif à son paroxysme, l'auteur demanderait simplement, pourquoi il n'a pas été formé sur ce sujet durant ses études ? Le visage de la médecine libérale, à l'heure des déserts médicaux et du désintéressement des étudiants pour cette pratique, serait il moins diabolique aux yeux des étudiantes si elles apprenaient que leur grossesse sera prise en charge au même titre que si elles étaient salariées ? Serait il moins diabolique s'il était expliqué aussi aux futurs papas médecins ? Pourquoi ne pas promouvoir cette pratique libérale en livrant cela aux étudiants, avant leurs choix d'internat, mais aussi pendant l'internat ? Expliquer qu'il existera une protection sociale, familiale, et une véritable prévoyance pour ceux qui décideront d'exercer hors des hôpitaux et des cliniques, pour se rapprocher des nécessiteux. Par ailleurs, quand médecine générale rime trop rapidement avec médecine libérale, il convient d'accorder les instruments. C'est en faisant promotion du dernier qu'il serait possible de limiter un des aspects anxiogènes du premier, le rendant moins indésirable lors des choix de spécialité des futurs internes. Aussi, si par étude il était prouvé

que l'aspect libéral pouvait limiter les choix pour la médecine générale, alors l'auteur sera heureux d'avoir contribué à la promotion de sa future pratique, si le jury le lui permet.

BIBLIOGRAPHIE

Partie 1 : Littérature médicale

1. Dictionnaires, encyclopédies et lexiques

A. Dictionnaires, encyclopédies et lexiques

DICTIONNAIRE abrégé des termes de médecine, Delamare, 3ème éd., Maloine.

LAROUSSE médical, Hors collection Santé - Bien être, 2012.

PEDROT P. (dir.), *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine*, Ellipses, 2006

B. Autres ouvrages

ALMERAS J.-P. et **PEQUIGNOT** H., *La déontologie médicale*, Litec, 1996

ANNON W.B, *Woodoo death,* CAmerican anthropologist, Vol 44, 1942

CANOUI P., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses*, Mauranges, Aline, Paris : Masson, 1998

CANOUI P., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou Burn out syndrome* Pierre, le Carnet Psy, 1998

CORDONNIER P., *La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu*, D.E.S. de Médecine Générale, Université de Strasbourg, Présentée et soutenue le 27 septembre 2011

DUHAMEL G., *Paroles de médecin,* Ed. du Rocher, Monaco, 1946

GAUTIER I., *Burn out des médecins*, bulletin N°86 du conseil départemental de l'Ordre des médecins de la ville de Paris, Mars 2003

GILLARD L., *La santé des généralistes*, D.E.S. de Médecine Générale, Université René Descartes, Paris, Présentée et soutenue le 29 août 2006

FREUNBERGER H.J, *Staff burn out,* Journal of social issue, 1970

HOERNI B., *Ethique et déontologie médicale*, Masson, 2000

PORTES L., *À la recherche d'une éthique médicale*, Masson, Paris, 1954

SELYE H., *A syndrom produced by divers noucuous agents*, Nature Vol 138, n°2, 1936

TISSOT M., *De la santé des gens de lettres*, aleXitère/Valegues/12430 Ayssènes, 1991

WINCKLER M., *La maladie de Sachs***,** Jai Lu, 1998

YALOM I.D., *Apprendre à mourir*, Galaade, 2005

2. Articles et études

BILLAUT A., *Etudes et résultats : Les cessations d'activité des médecins*, DREES n°484, avril 2006

BERGOGNE A., *Médecins au bord de l'épuisement,* Le concours médical, 16 mars 2002 Anne

CABE M.H. et **BLANDIN** O., *Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux*, DREES, Tome 2, n° 77, mars 2008

CABE M.H. et **BLANDIN** O., *Dossier solidarité et santé : Cessation d'activité libérale des médecins généralistes motivations et stratégie*, Etude de la DREES n°6, 2008

FRISON-ROCH M.A., *Les secrets professionnels, in Internet et les Technologies de l'information et de la communication dans l'exercice médical*, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 30 sept. 2010

VEGA A., *Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux*, Etude de la DREES, Tome 1, n° 73, décembre 2007

VEIL C., *Les états d'épuisement,* Concours médical, 1959

Partie 2 : Littérature juridique

1. Dictionnaires, encyclopédies et lexiques

ALLAND D. et **RIALS** S. (dir.), *Dictionnaire de la culture juridique*, PUF, coll. Quadrige, 1ère éd., 2010

CORNU G., *Vocabulaire juridique*, PUF, coll. Quadrige, 2è éd., 2011

CORNU G., *Linguistique juridique,* Montchrétien, coll. Domat Droit privé, 3ème éd. 2005

CORNU G., *L'art du droit en quête de sagesse,* PUF, 1998.

OST F. et **VAN DE KERCOVE** M., *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie eu droit*, LGDJ, 1988

2. Ouvrages généraux (manuels, traités, etc)

AUBY, **PEQUIGNOT** R. et **SAVATIER** J., *Traité de Droit Médical*, Litec 1956

LAUDE A., **MATHIEU** B., **TABUTEAU** D., *Droit de la santé*, PUF, 2ème éd., 2007

MAINGUY D., *Introduction générale au droit*, Lexisnexis, coll. Objectif Droit, 1997

3. Ouvrages spécialisés

A. Thèses et mémoires

PY B., *Recherches sur les justifications pénales de l'activité médicale, Thèse dactylographiée*, Nancy 1993

ZORN-MACREZ C., *Données de santé et secret partagé - Pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées*, PUN, 2010

B. Ouvrages spéciaux

BERGOIGNAN-ESPER C. et **SARGOS** P., *Les grands arrêts du droit de la santé*, Dalloz 2010

VIALLA F. (dir.), *Les grandes décisions du droit médical*, LGDJ, 2009

PY B., *Le secret professionnel*, L'Harmattan, 2005

C. Articles, chroniques et jurisprudence

COHEN P. et **JALLET** L., *L'interdiction d'exercer*, la gazette santé-sociale n°55, Septembre 2009

CONTIS M., *Un praticien libéral peut-il faire faillite ? Comment éviter la spirale économique de l'échec professionnel*, Mieux-être pour mieux soigner, Toulouse, 15 décembre 2012

GUIGUE M., *Exercice illégal de la médecine par un médecin et erreur sur le droit*, Cass. Crim., pourvoi n°06-84624, Revue droit & santé n°19, 13 février 2007

HOCQUET-BERG S., *Lorsque le médecin veut partir en vacances...*, CA Versaille, 3ème chambre, Juris Data n° 2004-238910, Revue droit & santé n°2, 6 février 2004

PONSEILLE A., *Exercice illégal de la médecin reproché à un praticien soumis à une suspension disciplinaire d'exercice*, Cass. Crim., pourvoi n° 09-83545, Revue droit & santé n°39, 9 février 2012

PONSEILLE A., *Homicide involontaire commis par un médecin : faute caractérisée et lien de causalité*, Cass. crim., pourvoi n°11-80653, Revue droit & santé n°46, 18 octobre 2011

PONSEILLE A., *Un médecin derrière les barreaux*, CA Paris, Juris-Data n° 2008-363770, Revue droit & santé n°2617, avril 2008

RAOUL-CORMEIL G., *Le lustre de la loi Leonetti,* Droit de la famille n°10, Etude 25, Caen, Octobre 2010

VERBIER M., *Talc chaud : un médecin derrière l'objectif avant d'être derrière les barreaux !,* Cass. crim., pourvoi n°03-85624, Revue droit & santé n°1, 31 mars 2004

VERON P., *Relation de soins et non-droit : l'introuvable obligation de soigner*, Revue droit & Santé n°39, Paul Veron, 20

FONTANA J., *Tous égaux devant la faillite,* Cass. 2e civ., n°11-19.861, Revue droit & santé n°51, 12 juillet 2012

ZORN-MACREZ C., *Les "notes personnelles" du médecin ? : les conséquences d'un décret d'arrière garde,* le décret 7 mai 2012, Revue droit & santé n°49, 2012

4. Avis, Circulaires et Rapports

BRAS P.L. et **DUHAMMEL** G., *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins,* Inspection générale des affaires sociales, Rapport N°RM2008, novembre 2008

CIRCULAIRE, *relative au régime juridique applicable à l'allocation d'accompagnement en fin de vie*, n° DSS/2A/2011/117, 24 mars 2011

CNOM, *Avis sur le projet de décret relatif à la continuité des soins en médecine,* 25 sept. 2009

CNOM, *Observatoire pour la sécurité des médecins, Recensement national des incidents,* 2011

GUIDE, *à l'usage des futurs maîtres de stage de Picardie,* Faculté de Médecine d'Amiens, RCAM Picardie, URCAM Franche-Comté, Faculté de Médecine de Paris Sud, Journaux Officiels, Juin 2008

JARDE O., **MANAOUIL** C., **PRUVOT** A.S., *La Cessation involontaire d'activité du médecin : arrêt de travail et suspension du droit d'exercer*, (rapport), CHU d'Amiens, 15 mars 2006

LEGMANN M., *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale, (Rapport)* Mission confiée au Président du CNOM, Avril 2010

LEGMANN M., *Atlas de la démographie médicale en france situation,* (Rapport) Président du CNOM, 2011

LERICHE B. (Rapporteur), BIENCOURT M., **BOUET** P., **CARTON** M., **CRESSARD** P., **FAROUDJA** J.M., **LUCAS** J., **MONTANE** F., **MOULARD** J.C., *Le médecin malade,* (Rapport) de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins, 28 juin 2008

POUILLARD (rapporteur), **DELGA** M.E., **BERNARD-CATINAT** M., **MONTANÉ** F., *Rapport de la commission nationale permanente l'entraide ordinale,* adopté lors des assises du Conseil national de l'ordre des médecins, 19 juin 2004

Partie 3 : Web

http://www2.ogc.fr

http://www.ameli.fr

http://www.carmf.fr

http://www.conseil-national.medecin.fr

http://www.legifrance.gouv.fr

http://www.senat.fr

http://www.urssaf.fr

http://vosdroits.service-public.fr

VU

NANCY, le 9 septembre 2013

Le Président de Thèse

Professeur H. COUDANE

NANCY, le 9 septembre 2013

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6571

NANCY, **le 13 septembre 2013**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

LE MÉDECIN LIBÉRAL EN CESSATION D'ACTIVITÉ

Étude juridique et déontologique, en droit médical positif de la cessation d'activité du médecin libéral, ce document de synthèse s'adresse à tous les futurs médecins, jeunes médecins, et médecins en fin de carrière qui souhaitent orienter, préciser ou découvrir, les éléments majeurs qui assurent la sérénité pour cette période. Car toute fin se prépare à l'avance.

Pour l'étudiant soucieux de son devenir et désireux de faire le meilleur choix de carrière, pour le médecin thésé qui souhaite perfectionner son savoir en la matière, cette étude dresse un tableau des principales causes à l'origine d'une cessation d'activité pour le médecin libéral.

L'auteur prend soin d'ordonner les principales composantes de son argumentation en différenciant les interruptions temporaires puis définitives, et pour chacune d'entre elle, il détermine les causes volontaires et involontaires, afin de balayer le plus grand nombre possible de sources de rupture d'activité.

Finalement, et pour chaque partie, il explicite les principaux aspects juridiques, les obligations, les aides, les organismes référents, et toutes les autres sources d'informations permettant au lecteur intéressé de trouver l'ensemble des réponses à ses questions.

TITRE EN ANGLAIS :

THE LIBERAL DOCTOR OUT OF ACTIVITY

THÈSE :

MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2013-14

MOTS CLÉS :

Cessation, activité, libérale, médecin généraliste, congés, maternité, formation, solidarité familiale, maladie, agression, stress, burn-out, suspension, prison, faillite, conditions exceptionnelles, retraite, invalidité, décès

---

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LÈS NANCY cedex